SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

JULHO/2026

PROPOSTA DE TRABALHO TÉCNICA E ECONÔMICA

LOTE 2

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO
E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
– SAMU 192

CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO
Nº 001/SMS/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 8209/2026

PROPONENTE:
SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Sumário

1 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO 8

1.1 LOTE DE PARTICIPAÇÃO 8
1.2 OBJETO DA CONTRATAÇÃO 8
1.3 VIGÊNCIA CONTRATUAL 8

2 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE: 8

2.1 NOSSA ESTRUTURA 9
2.2 EQUIPE TÉCNICA 9
2.3 DIRETRIZES INSTITUCIONAIS 10
2.4 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA ENTIDADE IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO 11
2.5 QUALIFICAÇÃO DOS DIRIGENTES DA IRMANDADE DA SCSBC 12
2.6 RESPONSABILIDADE SOCIAL 12
2.7 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 12
2.7.1 ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA 12
2.7.2 EXPERIÊNCIA 12
2.7.3 ONDE ESTAMOS: 19
2.7.4 CEBAS - CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 23

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 24

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS 24
3.2 SÍMBOLOS MUNICIPAIS 26
3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO 29
3.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 31
3.5 COMPOSIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE 33

4 PROGRAMAS A SEREM EXECUTADOS E ESTRUTURA 35

4.1 LOTE 2 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 35

4.1.1 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 35

4.1.2 HISTÓRICO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO BRASIL 36

4.1.3 BASE NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA 38

4.1.4 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)..... 40

5 TÍTULO 50

6 E1. INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES A SEREM EXECUTADAS DE ACORDO COM O OBJETO 50

6.1 A. DESCRIÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS, DE ACORDO COM OBJETO DO LOTE A SER DISPUTADO, DE TAL FORMA QUE ALCANCE A CONSECUÇÃO DA FINALIDADE PRETENDIDA PELA CONTRATANTE, DEMONSTRANDO A METODOLOGIA DE ATUAÇÃO..... 51

6.1.1 A.1. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS 72

6.1.1.1 Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários..... 75

6.1.1.2 Fluxos de Registros e Documentos Administrativos 90

6.1.2 A.2. FLUXO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO 95

6.1.3 A.3. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 123

6.1.3.1 Fluxo de Logística de Suprimentos..... 143

6.1.4 A.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO 153

6.1.5 A.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 159

6.1.6 A.6. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 166

6.1.7 A.7. APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO 173

6.1.8 A.8. APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO..... 206

6.1.9 A.9. APRESENTAR ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DE APOIO DO RESPECTIVO LOTE 256

6.1.9.1 Estrutura Organizacional..... 257

6.1.9.2 Composição das Equipes..... 260

6.1.9.3 Atribuições dos Profissionais 262

6.1.9.4 Fluxos de Atendimento 266

6.1.9.5 Protocolos Assistenciais..... 269

6.1.9.6 Processos de Trabalho 269
6.1.9.7 Integração com a Rede Municipal de Saúde 272
6.1.9.8 Serviços de Apoio Operacional e Administrativo 274
I. Limpeza, processamento (esterilização) de artigos e instrumentais médicos hospitalares 274
II. Aquisição de Medicamentos 287
III. Aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Odontológicos 291
IV. Aquisição de Material de Enfermagem, Saúde Bucal e de Consumo em Geral 295
V. Manutenção de Extintores 299
VI. Fornecimento de Gases Medicinais 302
VII. Serviço de Limpeza Predial em Área Externa, Passeio Público e Árvores 303
VIII. Limpeza de Calhas e Caixa d'água 305
IX. Manutenção Predial e de Equipamentos 308
X. Concessionárias 309
XI. Telefonia e Internet 312
XII. Transporte de Documentos 314
XIII. Fornecimento de Veículo com Abastecimento 317
XIV. Segurança do Trabalho 321
XV. Sistema Informatizado 325
a. Prontuário Eletrônico 328
b. LGPD 332
XVI. Programação Visual da Unidade 337
XVII. Rádio Comunicação 339
XVIII. Plano de contingência tecnológica e continuidade operacional no SAMU 192 341
XIX. Ambulâncias — 2 SBV + 1 SAV + 1 UMRT 342
XX. Outras locações — 2 motolâncias 345
6.1.10 A.10. INDICADORES DE MONITORAMENTO 346
6.1.10.1 Metodologia para Monitoramento de Indicadores 347
6.1.10.2 Indicadores Propostos 362
I. Indicadores de Eficiência 364
II. Indicadores de Qualidade 366
III. Indicadores de Produtividade 368
IV. Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais 370

V. Indicadores Econômico-financeiros 373
VI. Indicador de Expansão 375
VII. Indicadores de Governança e Gestão 377
6.1.10.3 Metas e Indicadores Contratuais 379

7 E2- DESCRIÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS 382

7.1 A. APRESENTAR DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS COMPATÍVEIS COM O QUADRO MÍNIMO APRESENTADO EM EDITAL, PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO, APRESENTANDO, REGIME DE CONTRATAÇÃO, JORNADA, CARGOS E ESTIMATIVA DE DESPESAS 382
7.2 B. MODELO DE ESCALA DE TRABALHO 387
7.3 C. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 390
7.4 D. PROPOSTA DE PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, TREINAMENTOS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL PERMANENTE. 449

8 E3- IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS 469

8.1 A. PROPOSTA DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS 471
8.2 B. PROPOSTA DE FLUXOS ASSISTENCIAIS 505
8.3 C. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA 518
8.4 D. PROPOSTA DE FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM OS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL E REGIONAL 544
8.5 E. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM APLICAÇÃO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO 546
8.6 F. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA 565
8.7 G. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO 584

9 E4. IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES TÉCNICAS 614

9.1 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 615
9.1.1 PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) 616
9.1.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 617
9.1.3 PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES 619

9.2 COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO 620
9.2.1 PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) 621
9.2.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 623
9.2.3 PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES 628
9.3 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 630
9.3.1 PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) 631
9.3.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 637
9.3.3 PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES 640
9.4 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 641
9.4.1 PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) 642
9.4.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 654
9.4.3 PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES 658
9.5 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM 659
9.5.1 PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE) 660
9.5.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 661
9.5.3 PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES 672
9.6 OUTRAS COMISSÕES: 673
9.6.1 COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS 673
9.6.1.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade) 674
9.6.1.2 Proposta de Regimento Interno 679
9.6.1.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades 686
9.6.2 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA 686
9.6.2.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade) 687
9.6.2.2 Proposta de Regimento Interno 692
9.6.2.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades 698
9.6.3 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES 700
9.6.3.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade) 701
9.6.3.2 Proposta de Regimento Interno 702
9.6.3.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades 709
9.6.4 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 710
9.6.4.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade) 711
9.6.4.2 Proposta de Regimento Interno 719

9.6.4.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades 728
9.6.5 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE 732
9.6.5.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)..... 732
9.6.5.2 Proposta de Regimento Interno..... 733
9.6.5.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades 734

10 E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE 736

10.1 A. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA REFERENTE A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA PÚBLICA OU PRIVADA, POR PELO MENOS 24 (VINTE E QUATRO) MESES. 736
10.2 B. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA REFERENTE A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA PÚBLICA OU PRIVADA, POR PELO MENOS 24 (VINTE E QUATRO) MESES. 736

11 E6 – PROPOSTA DE PLANO ORÇAMENTÁRIO E DE CUSTEIO 736

12 ANEXOS 736

1 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

1.1 Lote de Participação

LOTE II - GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192.

1.2 Objeto da Contratação

Contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de saúde, no âmbito do Município de Ferraz de Vasconcelos, para prestação de serviços de saúde através de contrato de gestão, conforme termo de referência anexo, OBJETIVANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192. em conformidade com a Constituição Federal/1988 e suas atualizações, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 9.637/98, Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Municipal n.º 3.370/2019 e Decreto Municipal nº 6.109/2019.

1.3 Vigência Contratual

O prazo inicial de Vigência do Contrato de Gestão de cada um dos lotes decorrente da presente Seleção será de 12 (doze) meses, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação de seu extrato na imprensa oficial, podendo ser prorrogado, sempre que houver interesse das partes, até o limite máximo previsto no Decreto Municipal nº 6.109/2019, que regulamenta a Lei Municipal nº 3.370/2019.

2 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

Razão Social: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
CNPJ: 47.708.771/0001-00
End.: Av. Robert Kennedy, nº 2.900, Bairro Assunção – São Bernardo do Campo
Responsável: **Paulo André Matta Chagas**
CPF: **420.526.748-70**
Função: Presidente do Conselho de Administração (2025 a 2029)

2.1 Nossa Estrutura

.O Projeto da Santa Casa é embasado de acordo com as especialidades afins, otimizando a melhor performance, a maior economia e a mais considerável eficiência de cada Unidade, com isto beneficiando a Administração Maior e visando um atendimento mais humanizado.

Santa Casa de São Bernardo do Campo

2.2 Equipe Técnica

Os fatores que agregam confiabilidade e segurança nos serviços prestados pela O.S., deve-se aos profissionais de larga experiência que estão aderentes a todos os programas que executam e se propõe a colaborar.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, idealista e persistente e seus Gestores com visão empreendedora resolvem ampliar o leque de atendimentos na Área da Saúde que pratica. DINAMISMO, ARROJO, DETERMINAÇÃO E PROFISSIONALISMO. resolvem através das suas Finalidades Estatutárias,

além de manter o próprio hospital em vertiginoso crescimento no Município, alcançar o nível de ORGANIZAÇÃO SOCIAL que ostenta o Sobre Nome da Irmandade.

Além da experiência utilizada nos contratos de gestão e contratos administrativos, firmados com instituições públicas, nossa Organização Social assume toda a operação do complexo, seguindo rigorosamente a execução do plano aprovado pela Gestão.

Nosso trabalho está estruturado para aplicação imediata em ambiente de qualquer porte, âmbito e complexidade administrativo hospitalar, residências terapêuticas, clínicas, e outros, atendendo plataformas públicas e privadas.

Temos entre outros objetivos, firmar concessões, convênios, contratos diversos, inclusive de gestão, termo de compromisso, termo de cooperação, termo de fomento e outros instrumentos para um bom andamento e desempenho. Articular-se pela forma conveniente, com órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. Bem como firmar parcerias com organização da sociedade civil, poder público, comissões e conselhos municipais, estaduais e federais, assim como compor câmaras setoriais ou técnicas.

2.3 Diretrizes Institucionais

A Irmandade tem como suas principais Diretrizes, proporcionar ao colaborador um ambiente de trabalho seguro e saudável;

Compreender que nenhum trabalho pode ser executado sem considerar a Segurança e Saúde do colaborador, nem qualquer razão, seja urgência, importância ou qualquer outra poderá ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;

Considerar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;

Assegurar que as metas e os indicadores em segurança e saúde ocupacional estejam vinculados à estratégia da entidade;

Considerar as atitudes em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos colaboradores da Entidade;

Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da Entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;

Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre Segurança e Saúde Ocupacional vigentes, subscritos pela Empresa;

Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com está Entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos;

Disponibilizar aos órgãos de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários para o exercício de suas atividades;

Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de segurança e saúde ocupacional.

2.4 Estrutura Administrativa da Entidade Irmandade da Santa Casa Misericórdia de São Bernardo do Campo

Conselho Administrativo

2.5 Qualificação dos Dirigentes da Irmandade da SCSBC

Compete a diretoria Geral da Irmandade da Santa Casa de São Bernardo do Campo dirigir, planejar, organizar e controlar as atividades de diversas áreas da Empresa, estabelecendo políticas de gestão de recursos financeiros, administrativos, estruturação, racionalização e adequação dos Projetos a serem desenvolvidos com entidades públicas ou privadas.

2.6 Responsabilidade Social

Nos últimos anos a ISCSBC vem procurando destacar-se também nas questões de responsabilidade social. Nas ações voltadas à conscientização ambiental, há trabalhos com as diversas comunidades, e os processos de integração e capacitação são compromissos Institucionais. Assim, neste contexto,/ a gestão da Santa Casa mostra total comprometimento em minimizar os impactos ao meio ambiente por meio da participação do entrosamento dos colaboradores com a comunidade.

2.7 Qualificação Técnica

2.7.1 Atestados de Capacidade Técnica

Apresentaremos no item **10. E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE e no Anexo V** deste Plano de Trabalho, os Atestados de Capacidade Técnica conforme solicitação do Edital.

2.7.2 Experiência

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atuante na área de prestação de atendimento hospitalar está apta a prestar serviços médicos devidamente comprovados pela sua vasta experiência.

A instituição atua na prestação de serviços na área pública e privada, elaborando e acompanhando a gestão, execução de projetos na saúde como UPA, PSF, UBS. CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, Hospital, entre

outros. Essas parcerias são comprovadas pelos atestados de capacidade técnica constantes a serem apresentados.

Através de parcerias seguimos realizando diversos projetos visando o comprometimento com o cidadão. Priorizando a saúde e a vida, contamos com todo suporte técnico de apoio junto as secretarias de saúde, trabalhamos para melhoria do sistema de saúde e para benefício de todos os cidadãos que dela usufruem.

Resumidamente apresentamos alguns de nossos projetos que seguem sendo executados pela instituição:

UniHosp

Atuante desde 26 de abril de 2017, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos de tratamentos clínicos e cirúrgicos, serviços de diagnósticos tratamentos e terapias (SADT) em regime hospitalar. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Hospital geral;
- Pronto socorro 24 hsl
- Ambulatório I
- Consulta de pronto socorro Adultos

- Visita Hospitalar(paciente internado);
- SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exames
- Fisioterapias pacientes internadosl Hemoterapias - paciente internado.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

- Cardiologista
- Clínico geral
- Dermatologia
- Gastroenterologista (a partir de 7 anos)
- Ginecologia e obstetrícia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria infantil
- Nutrição;
- Psicologia
- Acupuntura com agulhas
- Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

- Honorários médicos
- e Curativos, suturas e retirada de pontos
- e Serviços de enfermagem;
- B Inalação;
- e SADT (Análises clínicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
- Oxigênio;
- Dieta nutricional via oral ou enteral;
- e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
- Gasoterapia;
- Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini:

A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini, situado na Av. João de Andrade, 958 — Jd. Santo Antonio — Osasco - SP, desde 19 de outubro de 2020 atendendo a demanda da microrregião.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS Adulto;
- Urgência e Emergência/PS Infantil;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
- Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
- Atendimentos Multiprofissionais Gerais

Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giqlio

A Irmandade de Santa Casa da Misericôrdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giglio, situado na Rua: Pedro Fioretti, 48 — Centro - Cidade de Osasco — SP, desde 29 de janeiro de 2021

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, prestamos os seguintes serviços no periodo de 29/01/2021 a 30/04/2021:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS e PA;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
- Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
- Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
- Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
- Cirurgias Efetivas Gerais.

Equipe médica formada por:

- Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos e Farmacêuticos.

I. <u>Medical Health Assistência Médica</u>

Atuante desde 14 de dezembro de 2011, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos hospitalares disponibilizando 63 leitos, atendimento ambulatorial, pronto atendimento, SADT serviços de apoio ao diagnóstico, UTI - Unidade de terapia Intensiva e fisioterapia. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Hospital geral
- Pronto socorro 24 horas;
- Ambulatórios;
- Visita Hospitalar(paciente internado);
- SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exame;
- Fisioterapias pacientes internados.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

- Cardiologista;
- Clínico geral;
- Dermatologia;
- Gastroenterologia (a partir de 7 anos)
- Ginecologia e obstetrícia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria infantil
- Nutrição;
- Psicologia
- Acupuntura com agulhas
- Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

- Honorários médicos
- e Curativos, suturas e retirada de pontos
- e Serviços de enfermagem;

- B Inalação;
- e SADT (Análises clínicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
- Oxigênio;
- Dieta nutricional via oral ou enteral;
- e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
- Gasoterapia;
- Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes

A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes,.situado na Rua: Professor Jogo da Mata e Luz, 262 -- Centro -- Barueri/SP, desde 01 de março de 2019.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, atendemos a microrregião nos seguintes serviços:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS Adultos;
- Urgência e Emergência/PS Infantil;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;

- Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
- Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
- Remoção de pacientes através de ambulâncias.

2.7.3 Onde Estamos:

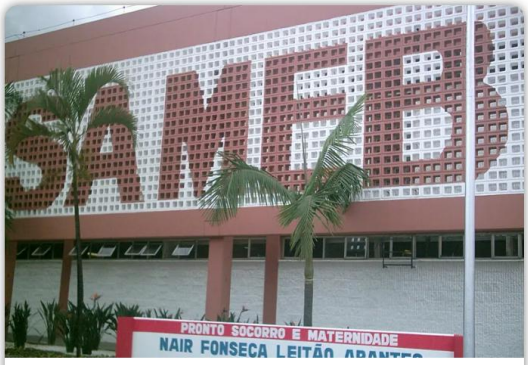
Matriz

SÃO BERNARDO DO CAMPO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (MATRIZ)

Barueri

BARUERI



PAAI BARUERI

P.S. JOSÉ AGOSTINHO DOS SANTOS
PARQUE IMPERIAL

Caieiras

CAIEIRAS

UNIDADE MISTA
ROSA SANTA PASIN AGUIAR

PRONTO ATENDIMENTO
PARQUE DAS LARANJEIRAS

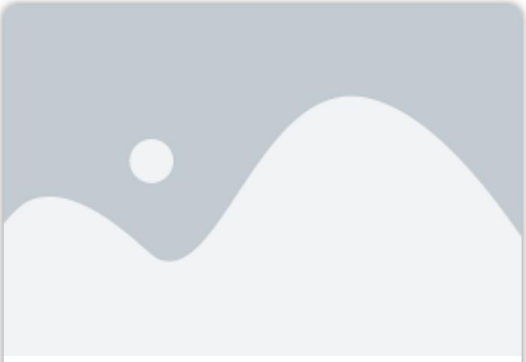
Caçapava

CAÇAPAVA

CAÇAPAVA

Ferraz de Vasconcelos

FERRAZ DE VASONCELOS



UNIDADES ESF
FERRAZ DE VASCONCELOS

SAMU
FERRAZ DE VASCONCELOS

Guarulhos

GUARULHOS

HOSPITAL MUNICIPAL
PIMENTAS BONSUCESSO (HMPB)

HOSPITAL MUNICIPAL
DE URGÊNCIAS (HMU)

Mairinque e Mairiporã

MAIRINQUE

CAPS, ESF E UBS
DE MAIRINQUE

MAIRIPORÃ

PRONTO ATENDIMENTO
MASUO OSATO

Mogi das Cruzes

MOGI DAS CRUZES

UNIDADES CAPS
MOGI DAS CRUZES

Osasco

OSASCO

PRONTO SOCORRO
DR. CONRADO CESARINO NUVOLINI

HOSPITAL MUNICIPAL
ANTONIO GIGLIO

São Vicente e Santa Isabel

SÃO VICENTE

PRONTO SOCORRO
JARDIM RIO BRANCO

SANTA ISABEL

CAPS, ESF E UBS
SANTA ISABEL

FONTE: HTTPS://OS.SANTACASASBC.ORG.BR/

2.7.4 CEBAS - Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social

A instituição realiza prestação de serviços com instituições públicas e privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos nas áreas de Saúde, e estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica e contratos de Gestão.

CEBAS

A Entidade possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) concedido pelo Ministério da Saúde à pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros. Apresenta

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 Caracterização do Município de Ferraz de Vasconcelos

História Do Município De Ferraz De Vasconcelos

No início deste século foram chegando os primeiros povoadores da região atraídos pela fertilidade da terra e pelas condições climáticas da região, pois estes fatores propiciavam o cultivo de frutas. O bairro do Tanquinho foi o primeiro local a receber os membros da família Leite, os primeiros fruticultores que se fixaram no Município. Prosperou e progrediu muito a região chegando a atrair para ali as atenções da Cia. Agrícola e Territorial Romanópolis.

A referida companhia adquiriu, ao longo da via férrea, grande quantidade de terras. Planejado e executado o plano traçado surgiu a Vila Romanópolis, que mais tarde passou a denominar-se Ferraz Vasconcelos. O povoado desenvolveu- se e prosperou mas a população lutava com um problema de vital

importância para o progresso do lugar: apesar da região ser cortada pelo traçado da E.F.C.B., ligando São Paulo ao Rio de Janeiro, não possuía uma estação ferroviária que possibilitasse o embarque de pessoas e mercadorias diretamente para a Capital do Estado, da qual era distante pouco mais de 30 quilômetros.

Esforços foram despendidos pelos moradores locais, a fim de alcançar o seu intento, mas a E.F.C.B. denegou o pedido para o assentamento de uma estação naquela localidade. A Cia. Romanópolis resolveu, a suas expensas, construir e oferecer ao povo a estação que no dia 29 de julho de 1926 foi inaugurada, e em homenagem póstuma ao Engenheiro Ferraz de Vasconcelos, chefe do 2º. Distrito do Tráfego da E.F.C.B., recebeu o seu nome.

Formação Administrativa

O Município de Ferraz de Vasconcelos, localizado no estado de São Paulo, foi inicialmente criado como distrito com a denominação de Ferraz de Vasconcelos pela Lei Estadual nº 233, de 24 de dezembro de 1948, subordinado ao Município de Poá. Na divisão territorial de 1º de julho de 1950, o distrito ainda fazia parte de Poá, mas já demonstrava um grande potencial para desenvolvimento. Com o tempo, a população local, buscando maior autonomia administrativa e melhores condições de infraestrutura, pressionou por uma mudança política que culminou na aprovação da Lei Estadual nº 2456, de 30 de dezembro de 1953, que elevou Ferraz de Vasconcelos à categoria de município, desmembrando-o de Poá. Esse marco permitiu que a cidade iniciasse seu processo de urbanização acelerada, impulsionado pela migração de pessoas e pela instalação de pequenas indústrias e comércios, o que contribuiu para o crescimento econômico e a construção de uma infraestrutura mais robusta, incluindo escolas e hospitais, consolidando Ferraz de Vasconcelos como um importante polo na região da Grande São Paulo.

Fonte: https://ferrazdevasconcelos.sp.gov.br/web/historia-da-cidade/ Acessado em junho/2026.

3.2 Símbolos Municipais

BANDEIRA DO MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS

BRASÃO

O Brasão de Armas: Fica posicionado no centro da bandeira, sendo o símbolo máximo da identidade da cidade Símbolos de Ferraz de Vasconcelos - Biblioteca José Andere. Ele é adornado por elementos que representam a força e a fundação do município, que conquistou sua emancipação em 1953 História - Prefeitura Municipal de Ferraz de Vasconcelos.

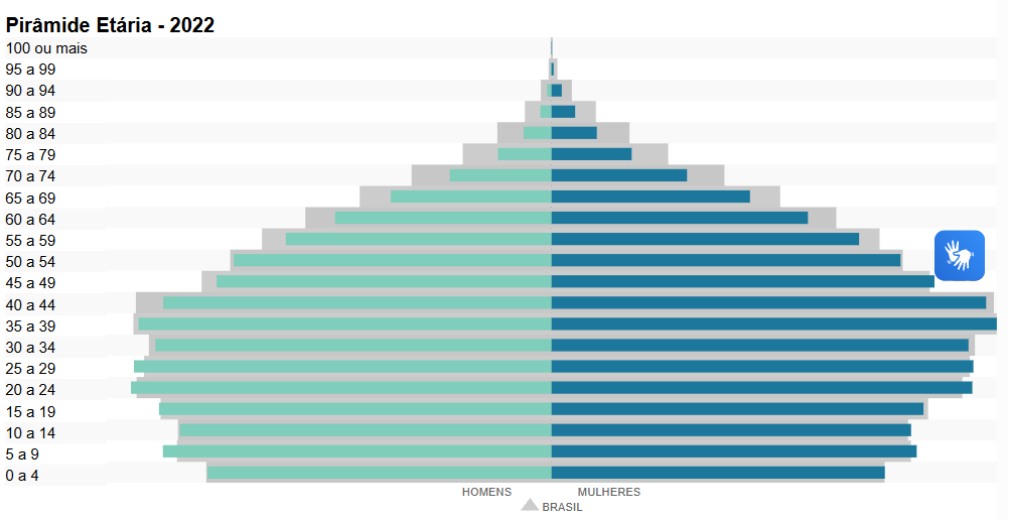
Símbolos no Brasão: No escudo central, destacam-se a roda dentada (simbolizando a indústria local), a cornucópia (que representa a riqueza e abundância agrícola) e as hastes de videira. Estas últimas fazem alusão ao

histórico título de "Terra da Uva Itália", já que o município foi o primeiro produtor dessa variedade de uva no Brasil Ferraz de Vasconcelos

População

Em 2022, a população era de 179.198 habitantes e a densidade demográfica era de 6.064,85 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 44 e 9 de 645. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 166 e 16 de 5570.

IBGE - Censo 2022 **DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2022)**		**6.064,85 hab. / Km2**
Ranking no país: 16° de 5570	**Ranking no estado:** 9° de 645	**Ranking na região geográfica imediata:** 9° de 39
IBGE - Área territorial brasileira **ÁREA TERRITORIAL (2025)**		**29,58 Km2**
Ranking no país: 5554° de 5570	**Ranking no estado:** 640° de 645	**Ranking na região geográfica imediata:** 35° de 39



Fonte: *IBGE*

Trabalho e Rendimento

Em 2023 o Município possui população estimada de 186.479 habitantes (2025) e registrou PIB per capita de R$ 30.826,13 em 2023. O mercado de trabalho formal mantém participação significativa na economia local, embora ainda coexistam desafios relacionados à geração de emprego, renda e redução das desigualdades sociais. Esse cenário reforça a importância de ações integradas voltadas à ampliação do acesso aos serviços públicos, à promoção da inclusão social, à qualificação profissional e ao fortalecimento da atenção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população e para o desenvolvimento sustentável do Município.

Economia

Em 2023, o PIB per capita era de R$ 30.826,13. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 512 de 645 entre os municípios do estado e na 2712 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2024 era de 70,49%, o que o colocava na posição 494 de 645 entre os municípios do estado e na 4872 de 5570. Em 2024, o total de receitas realizadas foi de R$ 732.618.633,68 (x1000) e o total de despesas

empenhadas foi de R$ 652.083.105,99 (x1000). Isso deixa o município nas posições 77 e 80 de 645 entre os municípios do estado e na 271 e 297 de 5570 entre todos os municípios.

Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,6 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 5,4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 208 de 645 e 254 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2224 de 5570 e 2413 de 5570, respectivamente.

Fonte: *IBGE*

3.3 Perfil Demográfico

O município de Ferraz de Vasconcelos, localizado na Região Metropolitana de São Paulo, integra o Alto Tietê e caracteriza-se por elevada densidade populacional e intenso processo de urbanização, fatores que influenciam diretamente a organização da Rede de Atenção à Saúde e o planejamento das ações assistenciais.

De acordo com os dados mais recentes do IBGE – O Censo Demográfico 2022, Ferraz de Vasconcelos possui população estimada em aproximadamente 168 mil habitantes, distribuídos em uma área territorial de cerca de 29,6 km², resultando em uma das maiores densidades demográficas do Estado de São Paulo, superior a 5.600 habitantes por km². Essa característica evidencia um município predominantemente urbano, com elevada concentração populacional e crescente demanda pelos serviços públicos de saúde.

A composição demográfica apresenta predominância da população em idade economicamente ativa, acompanhada por um processo gradual de envelhecimento populacional, fenômeno observado em todo o país. Esse

cenário amplia a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, do acompanhamento materno-infantil, da assistência à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do adulto e da pessoa idosa, bem como da organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde.

O município apresenta perfil epidemiológico caracterizado pela coexistência de doenças crônicas, agravos decorrentes das condições socioeconômicas, doenças transmissíveis e crescente demanda por serviços de urgência e emergência. Além disso, a elevada densidade populacional favorece maior utilização dos equipamentos de saúde, exigindo adequada capacidade instalada, planejamento assistencial e integração entre os diversos pontos da rede municipal.

Sob o aspecto socioeconômico, os indicadores do IBGE demonstram a existência de áreas com significativa vulnerabilidade social, refletindo diretamente nos determinantes sociais da saúde e reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças,

educação em saúde e ampliação do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o conhecimento do perfil demográfico de Ferraz de Vasconcelos constitui importante instrumento para o planejamento das ações de saúde, subsidiando a definição de estratégias de gestão, dimensionamento de recursos humanos, organização da assistência, ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Principais indicadores demográficos (IBGE – Censo 2022):

Indicador	Valor
População residente	**168.306 habitantes**
Área territorial	**29,564 km²**

Indicador	Valor
Densidade demográfica	**aproximadamente 5.693 hab./km²**
Região	Alto Tietê – Região Metropolitana de São Paulo
Grau de urbanização	Predominantemente urbano

Fonte: *IBGE. Censo Demográfico 2022.*

3.4 Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico do município de Ferraz de Vasconcelos reflete as características de uma cidade de médio porte inserida na Região Metropolitana de São Paulo, marcada por elevada densidade populacional, intensa urbanização e importantes desigualdades socioeconômicas, fatores que influenciam diretamente o padrão de adoecimento da população e a demanda pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o IBGE não produza indicadores epidemiológicos específicos de morbidade e mortalidade, seus dados demográficos e socioeconômicos subsidiam a análise do cenário de saúde municipal, evidenciando uma população predominantemente urbana, com elevada concentração populacional e processo gradual de envelhecimento, aspectos associados ao aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, obesidade, neoplasias e doenças respiratórias crônicas.

Paralelamente, o município mantém demanda expressiva relacionada às doenças transmissíveis, especialmente infecções respiratórias, arboviroses, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis e demais agravos de notificação compulsória, exigindo vigilância epidemiológica permanente, ações de imunização, monitoramento dos indicadores sanitários e fortalecimento das estratégias de prevenção e controle em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

O perfil materno-infantil permanece como prioridade da assistência, contemplando ações voltadas ao pré-natal, parto seguro, puerpério, puericultura, imunização, vigilância nutricional e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil e para a melhoria dos indicadores de saúde.

O envelhecimento progressivo da população amplia a necessidade de organização das linhas de cuidado destinadas às pessoas idosas, com foco na prevenção da fragilidade, controle das doenças crônicas, reabilitação, promoção da autonomia funcional e assistência multiprofissional integrada.

As características socioeconômicas do município, associadas à existência de áreas de maior vulnerabilidade social, repercutem sobre os determinantes sociais da saúde, favorecendo a ocorrência de agravos relacionados às condições de moradia, renda, escolaridade, saneamento, alimentação, violência e acesso aos serviços públicos. Esse cenário reforça a importância das ações intersetoriais e da atuação integrada da Atenção Primária à Saúde, da Vigilância em Saúde e da Rede de Atenção às Urgências.

Nesse contexto, o planejamento das ações assistenciais deverá priorizar a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, reabilitação e acompanhamento contínuo das condições crônicas, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e articulando os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A organização dos serviços deverá basear-se na análise contínua dos indicadores epidemiológicos oficiais dos sistemas de informação do SUS, como SIM, SINASC, SINAN, SIH/SUS, SIA/SUS e e-SUS APS, permitindo o monitoramento permanente das necessidades da população e a implementação de estratégias que promovam maior resolutividade, integralidade, equidade e qualidade da assistência prestada.

O Município evidencia a coexistência de doenças crônicas, doenças transmissíveis, agravos decorrentes das vulnerabilidades sociais e crescente demanda por serviços de média complexidade, urgência e emergência, exigindo planejamento integrado, gestão baseada em evidências e qualificação

permanente da Rede Municipal de Saúde para atender às necessidades da população de forma eficiente e humanizada.

3.5 Composição da Rede Municipal de Saúde

A Rede Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos está estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal, integral e equânime às ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde.

A organização da rede assistencial contempla estabelecimentos distribuídos nos diferentes níveis de atenção, possibilitando a integração entre a Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Rede de Urgência e Emergência, Vigilância em Saúde e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, assegurando a continuidade do cuidado por meio de fluxos de referência e contrarreferência.

A Atenção Primária à Saúde constitui a principal porta de entrada do sistema municipal, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal da população adscrita. Nesse nível de atenção são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, imunização, assistência pré-natal, acompanhamento das condições crônicas, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da pessoa idosa, saúde mental, visitas domiciliares e demais programas estratégicos do Ministério da Saúde.

A Atenção Especializada é composta por ambulatórios especializados, Centros de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de reabilitação, assistência farmacêutica especializada e demais serviços destinados ao atendimento de condições clínicas que demandam acompanhamento multiprofissional e recursos tecnológicos específicos, complementando a assistência ofertada pela Atenção Primária.

A Rede de Urgência e Emergência é organizada para garantir atendimento ininterrupto aos casos agudos, funcionando de forma integrada com os serviços pré-hospitalares, unidades de pronto atendimento, serviços

hospitalares e demais pontos da Rede de Atenção às Urgências, assegurando acolhimento, classificação de risco, estabilização clínica, tratamento e encaminhamento adequado dos usuários conforme protocolos assistenciais vigentes.

A assistência hospitalar integra a rede municipal por meio de unidades próprias e de serviços complementares contratualizados, oferecendo suporte às internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média complexidade, observando os princípios da regulação assistencial e da integração regional.

Complementando a assistência, a rede dispõe de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), compreendendo exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, eletrocardiografia, ultrassonografia e demais procedimentos necessários à investigação diagnóstica e ao acompanhamento clínico dos usuários.

A Vigilância em Saúde atua de forma integrada à assistência, desenvolvendo ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, promovendo monitoramento de agravos, investigação de surtos, imunização, controle de doenças transmissíveis, fiscalização sanitária e ações educativas voltadas à proteção da saúde coletiva.

A Assistência Farmacêutica integra a Rede Municipal de Saúde mediante a programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos padronizados, observando as diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e das normas do Ministério da Saúde.

A organização da Rede Municipal de Saúde é apoiada pelos sistemas oficiais de regulação, controle e avaliação, possibilitando o gerenciamento dos encaminhamentos entre os diferentes níveis assistenciais, o monitoramento dos indicadores de desempenho, a qualificação da assistência e a otimização dos recursos disponíveis.

No âmbito da execução do presente Plano de Trabalho, a Organização Social promoverá atuação integrada com todos os componentes da Rede Municipal de Saúde, fortalecendo os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência, a comunicação entre os pontos de atenção e a continuidade do cuidado, contribuindo para a ampliação do acesso, melhoria da resolutividade, humanização da assistência e alcance dos indicadores pactuados pelo Sistema Único de Saúde.

Fonte: *IBGE. Censo Demográfico 2022. /Acessado em: julho 2026.*

4 PROGRAMAS A SEREM EXECUTADOS E ESTRUTURA

4.1 LOTE 2 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

4.1.1 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Sistema Único de Saúde

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) constitui componente essencial da Rede de Atenção às Urgências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela assistência pré-hospitalar móvel às situações de urgência e emergência clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e demais agravos que demandem intervenção imediata. Seu propósito é assegurar atendimento oportuno, reduzir o tempo de resposta às ocorrências, estabilizar precocemente os pacientes e garantir seu encaminhamento regulado ao estabelecimento de saúde mais adequado à continuidade do tratamento.

No âmbito do SUS, o SAMU 192 desempenha papel estratégico na organização da atenção às urgências, atuando como elo entre a população e a Rede de Atenção às Urgências, por meio da Regulação Médica das Urgências, da classificação das ocorrências e da mobilização dos recursos assistenciais mais apropriados para cada situação. Esse modelo contribui para a

racionalização da utilização dos serviços de saúde, redução da morbimortalidade e qualificação da assistência prestada aos usuários.

A organização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência está fundamentada na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, na Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, e nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e suas atualizações, que estabelecem as diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências, a habilitação dos serviços, o financiamento federal, a estrutura das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis, bem como os critérios para sua operacionalização. A Portaria GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023, atualizou dispositivos da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, redefinindo os incentivos financeiros destinados à manutenção das Centrais de Regulação das Urgências e das unidades móveis do SAMU 192.

Alinhada a esse arcabouço legal e às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá a gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com foco na qualificação do atendimento pré-hospitalar móvel, na eficiência da Regulação Médica das Urgências, na integração com a Rede Municipal de Saúde e na melhoria contínua dos resultados assistenciais, contribuindo para a ampliação da segurança, da resolutividade e da qualidade da assistência prestada à população.

4.1.2 Histórico da Atenção às Urgências no Brasil

A organização da atenção às urgências no Brasil consolidou-se como política pública a partir da necessidade de estruturar uma rede assistencial capaz de responder de forma oportuna às situações de urgência e emergência, reduzindo a morbimortalidade por causas clínicas, traumáticas, cardiovasculares, neurológicas, obstétricas e demais agravos de alta gravidade. Até o início dos anos 2000, a assistência pré-hospitalar apresentava organização heterogênea entre os municípios, com limitada integração entre os serviços e

ausência de diretrizes nacionais para regulação, atendimento e encaminhamento dos pacientes.

Um marco importante desse processo ocorreu com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecendo os princípios organizacionais da atenção às urgências, disciplinando o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, a regulação médica das urgências, o transporte inter-hospitalar e os Núcleos de Educação em Urgências. Essa normativa representou a base técnica para a organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel em âmbito nacional.

Em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pelas Portarias GM/MS nº 1.863 e nº 1.864, consolidando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) como componente estratégico do Sistema Único de Saúde e definindo sua implantação em municípios e regiões brasileiras, mediante a criação das Centrais de Regulação das Urgências, das Unidades de Suporte Básico e Avançado e dos Núcleos de Educação em Urgências. O modelo passou a adotar a Regulação Médica como eixo estruturante da assistência, garantindo que os recursos disponíveis fossem direcionados de forma adequada à gravidade de cada ocorrência.

A partir de 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RUE), a assistência às urgências passou a ser organizada de forma integrada entre a Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), as Salas de Estabilização, os serviços hospitalares de urgência e emergência, a atenção domiciliar e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a regionalização, a hierarquização dos serviços e a continuidade do cuidado.

Com a publicação das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 2017, posteriormente atualizadas, inclusive pela Portaria GM/MS nº 958, de 2023, as normas relativas à Rede de Atenção às Urgências e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foram consolidadas, disciplinando aspectos relacionados à habilitação dos serviços, financiamento, custeio, organização das Centrais de Regulação, estrutura das unidades móveis e manutenção da rede

assistencial. Esse processo fortaleceu a padronização dos serviços e conferiu maior estabilidade à política nacional de atenção às urgências.

Atualmente, o SAMU 192 representa um dos principais componentes estratégicos da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde, desempenhando papel essencial na assistência pré-hospitalar móvel, na regulação médica das urgências, na redução do tempo resposta e na integração entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a qualificação da assistência, a segurança do paciente e a ampliação do acesso aos serviços de urgência e emergência.

4.1.3 Base Normativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) integra as políticas públicas estruturantes do Sistema Único de Saúde, sendo disciplinado por legislação específica que define sua organização, funcionamento, financiamento, habilitação e integração à Rede de Atenção às Urgências (RUE). Esse arcabouço jurídico estabelece as diretrizes para a assistência pré-hospitalar móvel, a Regulação Médica das Urgências, a atuação das Centrais de Regulação, a operacionalização das unidades móveis e os mecanismos de cofinanciamento do serviço.

A sustentação legal do SAMU 192 inicia-se na Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo complementada pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável por disciplinar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, e pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e consolida importantes instrumentos para a organização regionalizada da assistência, disciplinando as Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde, o planejamento regional integrado e a articulação

interfederativa, fundamentos indispensáveis para a operacionalização da Rede de Atenção às Urgências.

No campo específico da atenção às urgências, a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecendo os princípios técnicos do atendimento pré-hospitalar móvel, da Regulação Médica das Urgências, do transporte sanitário, da classificação das urgências e da organização das equipes assistenciais.

Posteriormente, as Portarias GM/MS nº 1.863 e nº 1.864, ambas de 29 de setembro de 2003, instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências e formalizaram a implantação do SAMU 192 como componente estratégico do Sistema Único de Saúde, definindo sua estrutura operacional, competências, responsabilidades dos entes federativos e critérios para implantação das Centrais de Regulação das Urgências e das unidades móveis.

As diretrizes atualmente vigentes para a organização da Rede de Atenção às Urgências estão consolidadas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que reúne as normas relativas às Redes de Atenção à Saúde e disciplina a habilitação, o funcionamento e a integração dos seus diversos componentes, incluindo o SAMU 192.

No que se refere ao financiamento federal, aplica-se a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, continuamente atualizada pelo Ministério da Saúde, especialmente pelas Portarias GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023, e nº 1.997, de 24 de novembro de 2023. Essas normas definem os critérios para habilitação, qualificação, homologação e custeio das Centrais de Regulação das Urgências e das unidades móveis, disciplinando os incentivos financeiros destinados à manutenção e à expansão do serviço.

Também integram esse marco regulatório a Portaria SAS/MS nº 288, de 12 de março de 2018, que redefine os critérios para cadastramento do SAMU 192 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como os protocolos assistenciais, diretrizes técnicas, manuais operacionais e demais

atos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá a gestão do serviço em estrita observância a esse arcabouço legal, bem como às demais normas de direito sanitário, às políticas nacionais de urgência e emergência, às diretrizes de segurança do paciente, aos instrumentos de regulação assistencial e às disposições estabelecidas no Edital e seus anexos, assegurando conformidade legal, qualidade técnica e eficiência na execução dos serviços.

4.1.4 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) opera segundo um modelo assistencial estruturado na Regulação Médica das Urgências, que coordena o acesso da população ao atendimento pré-hospitalar móvel e organiza a utilização dos recursos disponíveis na Rede de Atenção às Urgências (RUE). Esse modelo permite que cada ocorrência seja avaliada de forma individualizada, garantindo resposta compatível com sua gravidade e com as necessidades assistenciais identificadas durante o atendimento.

A Central de Regulação das Urgências constitui o núcleo organizador do serviço, sendo responsável pelo recebimento das chamadas por meio do número 192, acolhimento da demanda, classificação das ocorrências, definição da prioridade de atendimento, orientação aos solicitantes, despacho das unidades móveis e encaminhamento dos pacientes ao ponto de atenção mais adequado da rede de saúde. A regulação médica promove maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais, reduz deslocamentos desnecessários e assegura que os pacientes sejam encaminhados ao serviço com capacidade para atender suas necessidades.

O atendimento pré-hospitalar móvel é realizado por Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) e Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), mobilizadas de acordo com critérios técnicos e clínicos definidos pela Central de

Regulação. Essa organização possibilita respostas diferenciadas às diversas situações de urgência e emergência, assegurando atendimento qualificado desde o primeiro contato com o usuário até sua estabilização e encaminhamento à unidade de referência.

A atuação do SAMU 192 abrange ocorrências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e demais agravos que representem risco à vida, bem como o atendimento a múltiplas vítimas, acidentes de grande magnitude, desastres e outras situações que demandem resposta rápida e coordenada. Para isso, o serviço mantém integração permanente com os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, favorecendo a continuidade da assistência e a adequada referência dos pacientes.

A organização do serviço fundamenta-se na atuação integrada entre a Central de Regulação, as equipes assistenciais, os sistemas de comunicação e os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, assegurando agilidade, segurança, qualidade técnica e continuidade do cuidado. Esse modelo fortalece a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde às urgências e emergências, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a utilização racional dos recursos assistenciais.

Central de Regulação de Urgência do Sistema Regional 192 de Ferraz de Vasconcelos

A Central de Regulação de Urgência do Sistema Regional 192 de Ferraz de Vasconcelos constitui o núcleo estratégico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), responsável pela coordenação operacional da assistência pré-hospitalar móvel e pela gestão dos recursos disponíveis para atendimento das ocorrências de urgência e emergência.

Seu funcionamento está fundamentado na Regulação Médica das Urgências, modelo assistencial que organiza o acesso da população ao serviço por meio do número telefônico 192, assegurando acolhimento qualificado das solicitações, classificação da gravidade das ocorrências, definição da resposta assistencial mais adequada, despacho das unidades móveis e encaminhamento

dos pacientes ao ponto de atenção mais apropriado da Rede de Atenção às Urgências (RUE).

A Central exerce papel fundamental na organização dos fluxos assistenciais, promovendo a utilização racional dos recursos disponíveis, a priorização das ocorrências de maior gravidade, o monitoramento das unidades em operação e a comunicação permanente entre as equipes de atendimento pré-hospitalar, os estabelecimentos de saúde e os demais órgãos que integram a resposta às urgências e emergências.

Sua atuação é desenvolvida de forma integrada com as Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centrais de Regulação, Corpo de Bombeiros, forças de segurança, Defesa Civil e demais serviços que compõem a Rede de Atenção às Urgências, garantindo adequada articulação entre os diversos pontos da rede assistencial.

A Central de Regulação de Urgência também desempenha funções relacionadas ao acompanhamento operacional das ocorrências, registro das informações assistenciais, monitoramento dos indicadores de desempenho, apoio à tomada de decisão e gestão dos recursos disponíveis, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, da segurança e da eficiência do atendimento pré-hospitalar móvel.

A estrutura física, tecnológica e operacional da Central de Regulação de Urgência do Sistema Regional 192 de Ferraz de Vasconcelos será preservada e operacionalizada em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pelas normas que regulamentam o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e pelas disposições previstas no Edital e seus anexos.

Unidades Móveis

As Unidades Móveis constituem a estrutura operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo responsáveis pela execução da assistência pré-hospitalar móvel às ocorrências reguladas pela Central de Regulação das Urgências. Sua organização observa as diretrizes da

Política Nacional de Atenção às Urgências e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, permitindo resposta rápida, qualificada e compatível com a complexidade de cada atendimento.

As unidades são classificadas de acordo com sua capacidade assistencial e finalidade operacional, possibilitando a adequada utilização dos recursos disponíveis, a otimização do tempo-resposta e a integração com os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências.

Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (SBV)

A Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (SBV) é destinada ao atendimento pré-hospitalar móvel das ocorrências de menor complexidade, desenvolvendo ações de avaliação inicial, suporte básico à vida, estabilização clínica, monitoramento do paciente e transporte assistido até a unidade de referência. Sua atuação ocorre sob coordenação da Central de Regulação das Urgências, observando protocolos assistenciais e critérios técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a ampliação do acesso e da resolutividade da assistência às urgências.

Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (SAV)

A Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (SAV) destina-se ao atendimento das ocorrências de elevada complexidade clínica ou traumática, dispondo de estrutura física, equipamentos e recursos tecnológicos que possibilitam a realização de procedimentos avançados de suporte à vida durante o atendimento pré-hospitalar e o transporte do paciente. Sua mobilização é definida pela Central de Regulação das Urgências, conforme a avaliação médica da ocorrência, garantindo assistência especializada e maior segurança aos usuários em situações críticas.

Motolância

A Motolância constitui modalidade de atendimento pré-hospitalar móvel destinada à redução do tempo-resposta nas situações de urgência, especialmente em locais de difícil acesso ou com elevado fluxo de veículos.

Utilizada como recurso de intervenção rápida, possibilita a chegada antecipada do profissional ao local da ocorrência para realização da avaliação inicial, adoção das primeiras medidas de suporte à vida e apoio às demais unidades móveis, até a chegada do recurso assistencial mais adequado. Sua atuação é integrada à Central de Regulação das Urgências e desenvolvida em conformidade com os protocolos operacionais do Ministério da Saúde.

A atuação integrada das Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre, das Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre e das Motolâncias assegura maior capacidade de resposta às demandas da população, permitindo que os recursos assistenciais sejam empregados de forma racional, eficiente e compatível com a gravidade de cada ocorrência. Essa organização fortalece a efetividade do atendimento pré-hospitalar móvel e contribui para a qualificação da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA REGIONAL SAMU 192 DE FERRAZ DE VASCONCELOS

O Sistema Regional SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos integra a Rede de Atenção às Urgências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo o componente responsável pela assistência pré-hospitalar móvel às situações de urgência e emergência em toda a área territorial do Município de Ferraz de Vasconcelos. O serviço foi habilitado pelo Ministério da Saúde em 14 de agosto de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 1.665, consolidando-se como referência regional para o atendimento móvel de urgência.

Em consonância com o Termo de Referência, o Sistema Regional possui abrangência em toda a extensão territorial do município, atendendo uma população estimada em 179.198 habitantes, distribuída em uma área aproximada de 30,07 km², por meio de estrutura organizada para assegurar atendimento regulado, resposta oportuna e assistência qualificada às ocorrências de urgência e emergência.

O objeto do presente Chamamento Público compreende a operacionalização da Base Centralizada do Sistema Regional SAMU 192 de

Ferraz de Vasconcelos, incluindo a Central de Regulação Médica das Urgências e as unidades móveis vinculadas à base operacional, observadas as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências e as demais normas expedidas pelo Ministério da Saúde. O Termo de Referência prevê, ainda, a possibilidade de regionalização do serviço com outros municípios, conforme as diretrizes ministeriais vigentes.

A estrutura operacional do sistema é composta por 01 Central de Regulação Médica (CRM), 02 Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (SBV), 01 Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (SAV), 01 Unidade Móvel de Reserva Técnica (UMRT) e 02 Motolâncias (MTL), recursos destinados ao atendimento pré-hospitalar móvel, sob coordenação da Central de Regulação das Urgências.

Além da assistência pré-hospitalar móvel e da regulação médica das urgências, o Sistema Regional desempenha funções estratégicas relacionadas à organização da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a participação em planos de resposta a desastres e incidentes com múltiplas vítimas, produção de informações epidemiológicas, desenvolvimento de ações de educação permanente por meio do Núcleo de Educação em Urgências, capacitação de profissionais da rede municipal e assessoramento técnico à Secretaria Municipal de Saúde para fortalecimento da integração regional dos serviços de urgência e emergência.

A caracterização do Sistema Regional evidencia uma estrutura assistencial organizada para garantir acesso universal ao atendimento pré-hospitalar móvel, atuação integrada com os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências e utilização racional dos recursos assistenciais, assegurando resposta eficiente às necessidades da população e observância às diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	KM²	UMRT	CRM	SBV	SAV	MTL
Ferraz de Vasconcelos	179.198	30,071	1	1	2	1	2

Fonte/legenda: km2 Dist. IBGE - / CRM = Central de regulação Médica / SBV = Suporte Básico de Vida / SVA = Suporte Avançado de Vida / RT= reserva Técnica / MTL: Motolância.

Central de Regulação Médica – SAMU 192

A Central de Regulação Médica do Sistema Regional SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos constitui o núcleo técnico e operacional responsável pela regulação das urgências e emergências, coordenando todas as ações relacionadas ao atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da área de abrangência do serviço. Sua estrutura e funcionamento observam as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, as disposições da Portaria GM/MS nº 2.657/2004, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e demais normas aplicáveis ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, conforme estabelecido no Termo de Referência.

Conforme previsto no Edital, a Central de Regulação Médica deverá operar ininterruptamente, vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, dispondo de Médico Regulador, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM), Rádio Operador, estações de trabalho, sistemas de telefonia, radiocomunicação, gravação digital das comunicações e sistema informatizado de gestão, garantindo a adequada coordenação dos recursos assistenciais e o registro integral das ocorrências.

Entre suas atribuições destacam-se a escuta médica permanente pelo número nacional 192, a identificação, classificação e priorização das solicitações de urgência, a definição da resposta assistencial mais adequada para cada ocorrência, a mobilização dos recursos disponíveis, o monitoramento das equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, a comunicação com as unidades receptoras e o acompanhamento da disponibilidade operacional da Rede de Atenção às Urgências. Além da função reguladora, a Central constitui importante instrumento de monitoramento do sistema de saúde, produzindo informações estratégicas para o planejamento, avaliação e organização da assistência às urgências.

A Central de Regulação Médica também exerce papel integrador entre os diversos componentes da Rede de Atenção às Urgências, promovendo articulação permanente com hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Primária à Saúde, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, forças de segurança e demais serviços envolvidos na resposta às urgências e emergências, assegurando a continuidade do cuidado e a utilização racional dos recursos assistenciais.

Pressupostos de Definições do SAMU 192

Conforme estabelecido em edital, transcrevemos abaixo os pressupostos e definições do SAMU 192:

O SAMU 192: é componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências,

Central de Regulação: A Central de Regulação das Urgências é a estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas, auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma cassificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção, com uso de sistema de informação baseado em protocolo de médico de emergência;

A Central de Regulação das Urgências deve possuir equipe composta por médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR), Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) e Radio-Operador (RO).

Bases Descentralizadas: É a infraestrutura que garante ternpo/resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 Regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa

densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

As Bases Descentralizadas existem sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial elou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

Deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

Projeto Samuzinho

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá o Projeto Samuzinho como estratégia permanente de educação em saúde, prevenção de acidentes e fortalecimento da cidadania, em

conformidade com as diretrizes estabelecidas no Edital e integrado às ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 e do Núcleo de Educação em Urgências (NEU).

O projeto será direcionado aos estudantes do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental, matriculados em escolas públicas e privadas do Município de Ferraz de Vasconcelos, tendo como finalidade disseminar conhecimentos sobre a correta utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, promover a cultura da prevenção de acidentes e desenvolver, desde a infância, atitudes de responsabilidade, solidariedade e valorização da vida.

As atividades serão planejadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e, sempre que necessário, articuladas com a Secretaria Municipal de Educação, possibilitando a elaboração de cronograma anual de visitas às unidades escolares, de acordo com a capacidade operacional do serviço e as necessidades identificadas pelo Município.

A metodologia adotada privilegiará estratégias pedagógicas participativas, compatíveis com cada faixa etária, utilizando linguagem acessível, recursos audiovisuais, atividades lúdicas, oficinas, demonstrações práticas, simulações de situações de urgência e emergência, rodas de conversa, distribuição de material educativo e apresentações realizadas por profissionais do SAMU 192 capacitados pelo Núcleo de Educação em Urgências.

Durante as atividades serão abordados temas relacionados ao funcionamento do SAMU 192, às situações em que o serviço deve ser acionado, à forma correta de realizar uma ligação para a Central de Regulação das Urgências, às informações que devem ser fornecidas ao médico regulador, à prevenção de acidentes domésticos, escolares e de trânsito, ao reconhecimento de situações de risco, aos princípios básicos de primeiros socorros compatíveis com a faixa etária e à importância do uso consciente dos serviços públicos de urgência e emergência, desmistificando práticas inadequadas que contribuem para o aumento dos trotes e do uso indevido do serviço.

Em atendimento às obrigações previstas no Edital, a Contratada, por intermédio do Núcleo de Educação em Urgências, promoverá também a capacitação de profissionais da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família

e de outros profissionais indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, para atuarem como multiplicadores do Projeto Samuzinho, ampliando o alcance das ações educativas e fortalecendo a integração entre o SAMU 192, a Atenção Primária à Saúde e a comunidade.

A execução do projeto será acompanhada mediante registros das atividades desenvolvidas, controle das escolas participantes, número de alunos capacitados, cronograma de execução, registros fotográficos, listas de presença, materiais educativos utilizados e elaboração de relatórios técnicos destinados à Secretaria Municipal de Saúde, permitindo o monitoramento dos resultados e o aperfeiçoamento contínuo das ações educativas.

Com essa proposta, a Irmandade reafirma seu compromisso de desenvolver o Projeto Samuzinho como instrumento de promoção da saúde, educação permanente da população e fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências, contribuindo para a formação de cidadãos mais conscientes, para a utilização adequada do serviço SAMU 192 e para a redução de agravos evitáveis no Município de Ferraz de Vasconcelos.

5 TÍTULO

Plano de Trabalho para o gerenciamento e operacionalização da **"LOTE II - GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192",** conforme Edital de Chamamento Público nº. 001/SMS/2026 e Processo Administrativo nº. 8209/2026 para seleção entidade sem fins lucrativos qualificada como Organização Social na área da saúde para prestação de serviços junto ao na área de Saúde no Município Ferraz de Vasconcelos.

6 E1. INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES A SEREM EXECUTADAS DE ACORDO COM O OBJETO

O presente capítulo apresenta as ações que serão executadas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para o

gerenciamento, operacionalização e execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do Município de Ferraz de Vasconcelos, em conformidade com as diretrizes estabelecidas no Edital, no Termo de Referência, no Contrato de Gestão e na legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde.

As ações propostas foram estruturadas de forma integrada, contemplando os componentes assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio indispensáveis ao adequado funcionamento do serviço, demonstrando a capacidade técnico-operacional da Instituição para assegurar atendimento pré-hospitalar móvel qualificado, seguro, resolutivo e ininterrupto à população, em articulação permanente com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A execução do objeto será fundamentada em modelo de gestão orientado por processos, com definição clara das responsabilidades institucionais, padronização das rotinas operacionais, adoção de protocolos assistenciais e administrativos, utilização de instrumentos de monitoramento, controle e avaliação, gestão eficiente dos recursos humanos, materiais e tecnológicos, além da implementação de mecanismos permanentes de governança, transparência, segurança do paciente e melhoria contínua.

Nos itens subsequentes serão apresentados os fluxos operacionais, normas, rotinas, manuais, regimentos, protocolos, processos de trabalho e demais instrumentos de gestão que nortearão a execução das atividades contratualizadas, evidenciando a forma como cada componente do serviço será implantado, organizado, monitorado e aperfeiçoado durante toda a vigência do Contrato de Gestão, assegurando o cumprimento das metas pactuadas e da finalidade pretendida pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.1 A. Descrição sobre as atividades a serem executadas, de acordo com objeto do lote a ser disputado, de tal forma que alcance a consecução da finalidade pretendida pela Contratante, demonstrando a metodologia de atuação.

METODOLOGIA DE ATUAÇÃO PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

O presente capítulo apresenta a metodologia de atuação que orientará a execução do objeto deste Chamamento Público, demonstrando o modelo de gestão adotado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para assegurar o alcance da finalidade pretendida pela Contratante.

A metodologia foi estruturada para garantir o gerenciamento, a operacionalização e a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando atendimento pré-hospitalar móvel qualificado, resolutivo, seguro e ininterrupto à população, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências e da Secretaria Municipal de Saúde.

O modelo de atuação proposto tem por finalidade assegurar o funcionamento contínuo, eficiente e qualificado do SAMU 192, mediante organização integrada dos processos regulatórios, assistenciais, administrativos e operacionais, utilização racional dos recursos públicos, cumprimento das metas contratuais e articulação permanente com os demais componentes da Rede Municipal e Regional de Atenção às Urgências.

A execução contratual será organizada de modo a garantir o funcionamento do serviço durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com disponibilidade permanente das equipes assistenciais, da Central de Regulação das Urgências, das viaturas, dos equipamentos, dos medicamentos, dos materiais médico-hospitalares, dos sistemas de comunicação e dos recursos de apoio indispensáveis à adequada prestação do atendimento pré-hospitalar móvel.

A metodologia contempla todas as etapas que compõem o processo de atendimento do SAMU 192, desde o recebimento da solicitação pelo número 192, a identificação da ocorrência, a regulação médica, a classificação da prioridade, a orientação ao solicitante, quando indicada, o despacho do recurso assistencial adequado, o deslocamento da equipe, o atendimento no local, a estabilização do usuário, a definição do destino assistencial, o transporte seguro, a transferência qualificada do cuidado e o encerramento documental da ocorrência.

O modelo de atuação fundamenta-se na gestão por processos, integrando os componentes regulatórios, assistenciais, administrativos e de apoio do SAMU 192, mediante padronização das rotinas operacionais, definição das responsabilidades institucionais, utilização de protocolos assistenciais, monitoramento permanente dos indicadores e adoção de mecanismos de governança capazes de assegurar eficiência operacional, segurança do paciente, rastreabilidade das ações e melhoria contínua da prestação dos serviços.

A organização das atividades será orientada pelo princípio da resposta oportuna, considerando a gravidade da ocorrência, o risco identificado durante a regulação médica, a disponibilidade dos recursos assistenciais, a localização da equipe, as condições de acesso ao local da ocorrência e a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência adequado à condição clínica do usuário.

A atuação das equipes será desenvolvida de forma integrada à Central de Regulação das Urgências, que exercerá papel técnico e assistencial na recepção, avaliação, priorização e condução das solicitações, bem como na definição do recurso a ser mobilizado, no acompanhamento do atendimento, na orientação das equipes móveis e na indicação do destino assistencial, de acordo com a necessidade do usuário e a disponibilidade da Rede de Atenção às Urgências.

A gestão operacional contemplará mecanismos destinados a assegurar a disponibilidade e a adequada utilização das Unidades de Suporte Básico, Unidade de Suporte Avançado, motolâncias e demais recursos previstos para o serviço, bem como o controle da frota, o acompanhamento das condições de uso das ambulâncias, a manutenção preventiva e corretiva, o abastecimento, a higienização, a desinfecção, a reposição de materiais e o funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares.

A execução das atividades observará protocolos institucionais, normas técnicas, procedimentos operacionais padronizados, regimentos, manuais assistenciais e administrativos, critérios de segurança e mecanismos de controle

destinados a reduzir variabilidades, prevenir falhas, garantir uniformidade das condutas e promover maior confiabilidade na assistência prestada.

A metodologia também contemplará a adequada gestão dos recursos humanos, mediante dimensionamento compatível com o serviço, elaboração de escalas, definição das atribuições profissionais, supervisão técnica, integração entre as equipes, avaliação dos processos de trabalho e desenvolvimento de ações permanentes de educação, treinamento, atualização e qualificação profissional.

As ações de educação permanente serão articuladas com o Núcleo de Educação em Urgências e considerarão as necessidades identificadas no cotidiano do serviço, os resultados dos indicadores, as ocorrências adversas, as auditorias, as atualizações técnicas e normativas, os protocolos assistenciais e os riscos relacionados à atividade pré-hospitalar móvel.

A organização do serviço deverá assegurar adequada integração entre o SAMU 192, os hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento, os serviços de Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, os órgãos de segurança pública, o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, os serviços de transporte sanitário e os demais componentes da rede municipal e regional que participem direta ou indiretamente da resposta às urgências e emergências.

A metodologia adotará mecanismos de monitoramento dos processos e resultados, contemplando indicadores assistenciais, regulatórios, operacionais, administrativos, financeiros e de qualidade, com especial atenção aos atendimentos telefônicos regulados, saídas de viaturas, tempos de resposta, disponibilidade operacional da frota, cumprimento dos protocolos, satisfação dos usuários, segurança do paciente e alcance das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Os resultados serão analisados periodicamente pela gestão, permitindo a identificação de desvios, fragilidades, riscos e oportunidades de melhoria, com elaboração de planos de ação, definição de responsáveis, estabelecimento de prazos, adoção de medidas corretivas e preventivas e verificação da efetividade das providências implementadas.

A execução contratual será desenvolvida sob os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, responsabilidade e adequada aplicação dos recursos públicos, mediante controles internos, rastreabilidade documental, monitoramento financeiro, prestação de contas, auditorias, acompanhamento contratual e disponibilização das informações necessárias à Secretaria Municipal de Saúde e aos órgãos de controle.

A metodologia incorpora, ainda, a gestão de riscos como componente permanente do modelo institucional, contemplando a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos eventos que possam comprometer a continuidade do serviço, a segurança dos usuários e profissionais, a disponibilidade das viaturas, o funcionamento dos sistemas de comunicação, o abastecimento dos insumos, a operacionalidade dos equipamentos, o cumprimento dos tempos de resposta e o alcance das metas pactuadas.

Entre os riscos a serem permanentemente monitorados incluem-se a indisponibilidade de ambulâncias, falhas de comunicação, atrasos no despacho ou deslocamento, acidentes envolvendo viaturas, falhas de equipamentos, falta de medicamentos ou materiais, ausência de profissionais, eventos de violência no local da ocorrência, riscos ocupacionais, indisponibilidade dos sistemas informatizados, inadequação do destino assistencial e falhas de registro ou rastreabilidade.

Para garantir a efetiva implementação desse modelo de gestão, a metodologia encontra-se estruturada em oito eixos metodológicos integrados, que representam os pilares institucionais para organização da assistência, gestão operacional, administração dos recursos, monitoramento dos resultados e governança da execução contratual:

I. Planejamento e Organização da Rede Assistencial;

II. Organização dos Processos Assistenciais;

III. Organização dos Processos Administrativos e de Apoio;

IV. Padronização dos Processos Institucionais;

V. Gestão de Pessoas e Integração das Equipes;

VI. Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua;

VII. Governança, Transparência e Controle da Execução Contratual;

VIII. Gestão de Riscos e Melhoria Contínua.

A integração desses oito eixos permitirá que os processos regulatórios, assistenciais, operacionais, administrativos e de apoio sejam desenvolvidos de forma coordenada e complementar, assegurando resposta adequada às solicitações da população, utilização eficiente dos recursos, continuidade operacional, qualidade assistencial, segurança, transparência e cumprimento das obrigações assumidas.

Cada eixo metodológico será detalhado nos capítulos subsequentes deste Plano de Trabalho por meio da apresentação dos fluxos operacionais, normas, rotinas, regimentos, manuais, protocolos, indicadores e demais instrumentos de gestão, evidenciando a capacidade técnico-operacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para executar o objeto contratual com eficiência, qualidade, segurança, transparência e conformidade com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

Os conteúdos apresentados na sequência não constituem ações isoladas, mas representam o desdobramento operacional da metodologia de atuação, demonstrando de forma prática os mecanismos que serão utilizados para garantir o funcionamento qualificado do SAMU 192, a adequada execução do Contrato de Gestão e o alcance da finalidade pretendida pela Contratante.

I. Planejamento e Organização da Rede Assistencial

O planejamento e a organização da rede assistencial constituem o primeiro eixo da metodologia de atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Este eixo estabelece as diretrizes para organização da operação, integração entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e utilização racional dos recursos assistenciais, garantindo atendimento oportuno, seguro e resolutivo à população.

A organização do serviço será fundamentada no planejamento permanente das atividades desenvolvidas pela Central de Regulação das

Urgências e pelas equipes móveis, assegurando o funcionamento ininterrupto do serviço durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com adequada disponibilidade dos recursos assistenciais previstos para a execução contratual.

O planejamento operacional contemplará o dimensionamento das equipes, a elaboração das escalas de trabalho, a organização dos recursos móveis, a disponibilidade dos equipamentos, materiais, medicamentos e sistemas de comunicação, de forma a garantir condições adequadas para resposta às solicitações reguladas e manutenção da capacidade operacional do serviço.

A assistência será organizada por meio de fluxos assistenciais integrados, iniciando-se na Central de Regulação das Urgências e compreendendo as etapas de regulação médica, despacho do recurso adequado, atendimento pré-hospitalar móvel, definição do destino assistencial e transferência qualificada do cuidado ao serviço de referência, promovendo continuidade da assistência e utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Como componente da Rede de Atenção às Urgências, o SAMU 192 atuará de forma articulada com hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Primária à Saúde, Complexo Regulador e demais serviços da rede municipal e regional, favorecendo a integração assistencial, a adequada referência dos usuários e a continuidade do cuidado.

O planejamento também contemplará a preparação do serviço para situações que possam impactar sua operação, mediante adoção de planos de contingência e mecanismos de reorganização dos recursos frente ao aumento da demanda, indisponibilidade temporária de viaturas, eventos com múltiplas vítimas e demais ocorrências que exijam resposta operacional diferenciada.

A organização da rede assistencial será continuamente reavaliada com base no perfil das ocorrências atendidas, na demanda regulada, nos indicadores operacionais e nas necessidades identificadas durante a execução contratual, permitindo o aperfeiçoamento permanente da capacidade de resposta do serviço e seu alinhamento às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, o planejamento e a organização da rede assistencial constituem o alicerce da metodologia de atuação proposta, orientando a

integração entre os diversos componentes do sistema de urgência e emergência, a adequada organização dos recursos disponíveis e a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 com eficiência, segurança, resolutividade e conformidade com o Contrato de Gestão.

II. Organização dos Processos Assistenciais

A organização dos processos assistenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 será estruturada com base em protocolos clínicos, diretrizes técnico-assistenciais e procedimentos operacionais padronizados, assegurando atendimento pré-hospitalar móvel seguro, oportuno, humanizado e resolutivo, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Federal de Enfermagem e demais legislações aplicáveis.

Os processos assistenciais compreenderão todas as etapas do atendimento, iniciando-se pelo recebimento da solicitação pela Central de Regulação das Urgências, passando pela classificação da ocorrência, regulação médica, despacho do recurso adequado, deslocamento da equipe, atendimento no local, estabilização clínica do usuário, definição do destino assistencial, transporte seguro e transferência qualificada do cuidado ao serviço de referência, garantindo a continuidade da assistência.

A definição do recurso assistencial a ser mobilizado será realizada exclusivamente pela Central de Regulação das Urgências, considerando a natureza da ocorrência, a gravidade do quadro clínico, o risco identificado durante a regulação médica, a localização da ocorrência, a disponibilidade operacional das equipes e os protocolos assistenciais vigentes, assegurando a utilização racional dos recursos disponíveis.

As equipes de atendimento atuarão de forma integrada e coordenada, observando rigorosamente suas competências técnicas e legais, com adoção de condutas baseadas em evidências científicas, protocolos institucionais e melhores práticas em atendimento pré-hospitalar móvel, promovendo assistência segura e adequada às necessidades de cada usuário.

Durante o atendimento serão priorizadas ações destinadas à avaliação primária e secundária da vítima, estabilização das funções vitais, controle de agravos, realização dos procedimentos invasivos e não invasivos indicados, monitorização clínica, administração de medicamentos autorizados em protocolo, imobilização, suporte ventilatório, suporte circulatório, manejo de vias aéreas e demais intervenções compatíveis com o nível de complexidade de cada equipe.

A assistência será desenvolvida sob os princípios da segurança do paciente, buscando reduzir riscos assistenciais mediante identificação correta do usuário, comunicação efetiva entre os profissionais, utilização segura de medicamentos, conferência dos equipamentos e materiais, cumprimento dos protocolos institucionais, registro adequado das informações e transferência segura das responsabilidades assistenciais durante a entrega do paciente à unidade de destino.

Os registros assistenciais serão realizados de forma completa, legível e tempestiva, contemplando todas as informações clínicas relevantes, procedimentos executados, medicamentos administrados, horários de atendimento, evolução do quadro clínico, orientações prestadas e destino do usuário, assegurando rastreabilidade das ações desenvolvidas, respaldo técnico-profissional e produção de informações para monitoramento dos indicadores assistenciais.

Os protocolos assistenciais serão permanentemente revisados e atualizados pelo corpo técnico da instituição, considerando evidências científicas, alterações normativas, resultados assistenciais, indicadores de desempenho, auditorias clínicas e oportunidades de melhoria identificadas durante a execução do Contrato de Gestão.

Os processos assistenciais serão continuamente monitorados por meio de indicadores relacionados ao tempo de resposta, qualidade da assistência, adesão aos protocolos, segurança do paciente, desfechos clínicos, ocorrências adversas, produtividade das equipes e satisfação dos usuários, possibilitando análise crítica dos resultados e implementação de ações corretivas e preventivas.

A organização dos processos assistenciais será complementada pelas atividades do Núcleo de Educação em Urgências, que promoverá capacitações periódicas, treinamentos simulados, atualização dos protocolos e desenvolvimento contínuo das competências técnicas das equipes, fortalecendo a cultura de qualidade, segurança e melhoria contínua dos serviços prestados.

Dessa forma, os processos assistenciais serão desenvolvidos de maneira padronizada, integrada e continuamente monitorada, assegurando elevado padrão técnico, utilização eficiente dos recursos disponíveis, atendimento humanizado, segurança dos usuários e cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Contrato de Gestão.

III. Organização dos Processos Administrativos e de Apoio

A organização dos processos administrativos e de apoio constitui elemento essencial para assegurar o funcionamento contínuo, eficiente e seguro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, proporcionando suporte técnico, operacional e gerencial às atividades assistenciais e garantindo o cumprimento das obrigações previstas no Contrato de Gestão.

A metodologia adotada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo será baseada na integração entre os processos administrativos, assistenciais e operacionais, promovendo padronização das rotinas, definição clara das responsabilidades, racionalização dos recursos e fortalecimento dos mecanismos de controle interno, de forma a assegurar maior eficiência na gestão do serviço.

Os processos administrativos compreenderão as atividades relacionadas à gestão documental, recursos humanos, suprimentos, patrimônio, contratos administrativos, apoio logístico, gestão financeira, prestação de contas, monitoramento contratual e demais áreas de suporte necessárias ao adequado funcionamento do serviço, observando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, a legislação aplicável e os normativos institucionais.

As atividades de apoio operacional serão organizadas de forma a garantir a disponibilidade permanente dos recursos indispensáveis à execução

da assistência, abrangendo a gestão da frota, equipamentos, sistemas de comunicação, tecnologia da informação, materiais, medicamentos e demais insumos necessários ao atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando continuidade operacional e adequada utilização dos recursos públicos.

Os processos administrativos serão conduzidos mediante utilização de procedimentos padronizados, sistemas informatizados, controles gerenciais e mecanismos de rastreabilidade das informações, permitindo acompanhamento da execução contratual, monitoramento dos processos de trabalho, controle dos recursos institucionais e suporte à tomada de decisão.

A organização administrativa também contemplará mecanismos destinados ao acompanhamento da execução dos contratos de apoio, controle dos prazos institucionais, atendimento às exigências legais e regulatórias, produção das informações gerenciais e disponibilização dos documentos necessários às atividades de fiscalização, auditoria e prestação de contas.

Os processos de apoio atuarão de forma integrada às atividades assistenciais, contribuindo para a manutenção da capacidade operacional do serviço, redução de interrupções, adequada disponibilidade dos recursos e suporte permanente às equipes da Central de Regulação das Urgências e das unidades móveis.

Os procedimentos específicos relacionados à gestão documental, logística de suprimentos, patrimônio, recursos humanos, faturamento, contratos administrativos e demais processos de apoio serão detalhados nos capítulos próprios deste Plano de Trabalho, assegurando uniformidade metodológica e integração entre os diversos componentes do modelo de gestão.

Assim, a organização dos processos administrativos e de apoio estabelece a estrutura gerencial necessária para sustentação da assistência, fortalecendo a governança institucional, a eficiência operacional, a conformidade legal e a adequada execução do Contrato de Gestão.

IV. Padronização dos Processos Institucionais

A padronização dos processos institucionais constitui diretriz estratégica para assegurar uniformidade na execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, promovendo maior segurança, eficiência, rastreabilidade e conformidade com a legislação vigente e com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo de gestão baseado na definição, implementação e revisão sistemática de processos institucionalmente padronizados, assegurando que todas as atividades sejam executadas de forma uniforme, independentemente da equipe, turno de trabalho ou unidade operacional envolvida.

A padronização compreenderá a elaboração, implantação, divulgação e atualização dos instrumentos normativos institucionais necessários ao funcionamento do serviço, incluindo protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais, normas, rotinas, fluxos operacionais, regimentos e demais documentos técnicos que orientem a execução das atividades.

Os documentos institucionais serão elaborados com fundamento na legislação aplicável, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, nas normativas do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, dos Conselhos Profissionais e demais órgãos competentes, observando ainda as especificidades operacionais do atendimento pré-hospitalar móvel.

A metodologia adotada contemplará processo permanente de revisão dos documentos institucionais, permitindo sua atualização sempre que houver alterações normativas, incorporação de novas evidências técnicas, mudanças nos processos de trabalho ou necessidade de aperfeiçoamento identificada durante a execução contratual.

A implementação dos processos padronizados será acompanhada por ações de orientação às equipes, supervisão das rotinas de trabalho e monitoramento da conformidade dos procedimentos executados, fortalecendo a cultura institucional de qualidade, segurança assistencial e melhoria dos processos.

A padronização institucional também contribuirá para a integração entre os diversos setores do serviço, favorecendo a comunicação entre as equipes, reduzindo a variabilidade dos processos, qualificando a tomada de decisão e proporcionando maior previsibilidade na execução das atividades administrativas e assistenciais.

Os protocolos, manuais, regimentos, normas e demais instrumentos mencionados neste eixo serão apresentados e detalhados nos capítulos específicos deste Plano de Trabalho, preservando a integração metodológica entre os componentes do modelo de gestão e evitando sobreposição de conteúdo.

Dessa forma, a padronização dos processos institucionais fortalece a governança do serviço, assegura uniformidade na execução das atividades, promove maior segurança operacional e assistencial e contribui para a execução do Contrato de Gestão com qualidade, eficiência, transparência e conformidade legal.

V. Gestão de Pessoas e Integração das Equipes

A gestão de pessoas constitui elemento estratégico para a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, sendo orientada pelos princípios da valorização profissional, desenvolvimento contínuo das competências, responsabilidade técnica, integração multiprofissional e melhoria permanente dos processos de trabalho, visando assegurar assistência qualificada, segura e resolutiva à população.

O modelo de gestão adotado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a adequada administração dos recursos humanos, contemplando processos estruturados de recrutamento, seleção, integração institucional, dimensionamento das equipes, administração das escalas de trabalho, acompanhamento funcional, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional e ações voltadas à saúde e segurança do trabalhador.

A composição das equipes observará o dimensionamento previsto no Plano de Trabalho e as exigências legais aplicáveis a cada categoria profissional,

garantindo a disponibilidade permanente dos recursos humanos necessários ao funcionamento ininterrupto da Central de Regulação das Urgências, das Unidades de Suporte Básico, da Unidade de Suporte Avançado e das atividades administrativas e operacionais de apoio.

A integração dos profissionais será realizada mediante programa de acolhimento institucional, destinado a apresentar a estrutura organizacional, normas internas, fluxos operacionais, protocolos assistenciais, sistemas informatizados, responsabilidades funcionais, diretrizes éticas, políticas de segurança do paciente, prevenção de riscos ocupacionais e demais procedimentos necessários ao desempenho das atividades.

As equipes atuarão de forma multiprofissional e integrada, fortalecendo a comunicação entre os profissionais da Central de Regulação das Urgências, médicos reguladores, equipes das ambulâncias, coordenações técnicas e setores administrativos, assegurando alinhamento das ações, agilidade na tomada de decisão, continuidade da assistência e utilização eficiente dos recursos disponíveis.

A instituição desenvolverá política permanente de educação continuada e educação permanente, em articulação com o Núcleo de Educação em Urgências, contemplando treinamentos admissionais, capacitações periódicas, atualização de protocolos assistenciais, simulações realísticas, discussão de casos clínicos, treinamentos operacionais, atualização normativa e desenvolvimento de competências técnicas, gerenciais e comportamentais.

Serão promovidas ações voltadas ao fortalecimento da cultura institucional, estimulando o trabalho em equipe, a corresponsabilização pelos resultados, a comunicação efetiva, o respeito entre os profissionais, a ética, a humanização do atendimento e o compromisso com a qualidade da assistência prestada.

O desempenho das equipes será acompanhado por meio de supervisão técnica, reuniões periódicas, monitoramento de indicadores, auditorias internas, avaliação do cumprimento dos protocolos, análise de eventos adversos e acompanhamento dos resultados operacionais e assistenciais, permitindo

identificar oportunidades de melhoria e estabelecer planos de desenvolvimento profissional.

A gestão de pessoas contemplará, ainda, ações voltadas à promoção da saúde ocupacional, prevenção de acidentes de trabalho, acompanhamento das condições de saúde dos profissionais, cumprimento das normas de segurança do trabalho, fornecimento e utilização adequada de equipamentos de proteção individual, vacinação ocupacional e desenvolvimento de medidas destinadas à redução dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas no atendimento pré-hospitalar móvel.

Os processos de gestão de pessoas serão conduzidos com observância aos princípios da legalidade, impessoalidade, transparência, valorização profissional e melhoria contínua, assegurando conformidade com a legislação trabalhista, normas regulamentadoras, conselhos profissionais e demais dispositivos legais aplicáveis.

A integração das equipes será fortalecida por meio de reuniões técnicas, alinhamentos operacionais, análise dos indicadores de desempenho, avaliação dos processos de trabalho e compartilhamento de boas práticas, promovendo maior uniformidade das condutas, aperfeiçoamento dos processos institucionais e fortalecimento da cultura organizacional.

Dessa forma, a gestão de pessoas e a integração das equipes contribuirão para o desenvolvimento de profissionais qualificados, comprometidos e alinhados aos objetivos institucionais, assegurando elevado padrão técnico, continuidade operacional, segurança assistencial e cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Contrato de Gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

VI. Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua

O monitoramento e a avaliação constituem instrumentos permanentes de gestão, destinados a acompanhar o desempenho operacional, assistencial e administrativo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192,

subsidiando a tomada de decisão, o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará metodologia sistemática de acompanhamento dos resultados, baseada na análise contínua de indicadores de desempenho, metas contratuais, produção assistencial, eficiência operacional, qualidade dos serviços prestados e conformidade dos processos institucionais.

O monitoramento contemplará indicadores quantitativos e qualitativos relacionados à assistência, à regulação médica, aos tempos de resposta, à utilização dos recursos, à produtividade das equipes, à satisfação dos usuários, à execução contratual e aos demais parâmetros definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos instrumentos de gestão.

As informações produzidas serão consolidadas por meio de sistemas de informação, relatórios gerenciais, painéis de acompanhamento e demais instrumentos de monitoramento, permitindo análise periódica da execução contratual, identificação de tendências, avaliação do desempenho institucional e suporte às decisões gerenciais.

Os resultados obtidos serão avaliados em reuniões periódicas de gestão, envolvendo as lideranças técnicas e administrativas, com o objetivo de analisar o cumprimento das metas, identificar oportunidades de aprimoramento, definir prioridades de atuação e acompanhar a efetividade das ações implementadas.

A metodologia compreenderá ainda a realização de auditorias internas, avaliações de conformidade, acompanhamento dos processos institucionais e verificação da aderência às normas legais, regulamentares e contratuais, fortalecendo os mecanismos de controle interno e a qualidade da gestão.

As oportunidades de melhoria identificadas durante o processo de monitoramento serão objeto de planos de ação específicos, com definição de responsáveis, prazos para implementação, mecanismos de acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados, promovendo o aperfeiçoamento contínuo da execução contratual.

Os indicadores institucionais, as metas assistenciais, os instrumentos de avaliação e a metodologia de acompanhamento serão detalhados nos capítulos específicos deste Plano de Trabalho, assegurando integração entre o modelo gerencial e os mecanismos de monitoramento da execução contratual.

Dessa forma, o monitoramento, a avaliação e a melhoria contínua consolidam um modelo de gestão orientado por resultados, baseado em evidências, indicadores de desempenho e avaliação sistemática dos processos, contribuindo para o aperfeiçoamento permanente da qualidade dos serviços prestados e para o cumprimento das obrigações assumidas no Contrato de Gestão.

VII. Governança, Transparência e Controle da Execução Contratual

A governança institucional constitui o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia, supervisão e controle destinados a assegurar que a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 ocorra em conformidade com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade, transparência e responsabilidade na gestão dos recursos públicos, observando integralmente as disposições do Contrato de Gestão e da legislação aplicável.

O modelo de governança adotado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo será estruturado para garantir adequada coordenação entre as atividades assistenciais, administrativas e operacionais, promovendo processos decisórios baseados em evidências, definição clara de responsabilidades, monitoramento permanente dos resultados e fortalecimento dos mecanismos de controle interno e prestação de contas.

A execução contratual será acompanhada por estrutura gerencial composta por responsáveis técnicos, coordenações assistenciais e administrativas, que atuarão de forma integrada no planejamento, supervisão, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, assegurando o cumprimento das obrigações pactuadas e a adequada condução dos processos institucionais.

Serão estabelecidos mecanismos permanentes de acompanhamento da execução contratual, contemplando o monitoramento das metas quantitativas e qualitativas, análise dos indicadores de desempenho, avaliação da produção assistencial, controle da execução orçamentária e financeira, acompanhamento da utilização dos recursos públicos e verificação do cumprimento das obrigações legais, regulatórias e contratuais.

A gestão institucional manterá sistema de controles internos destinado a assegurar a regularidade dos processos administrativos, financeiros, assistenciais e operacionais, promovendo conferência documental, rastreabilidade das informações, segregação de funções, padronização dos procedimentos, prevenção de falhas, mitigação de riscos e fortalecimento da integridade institucional.

A transparência será assegurada mediante produção e disponibilização de relatórios gerenciais, demonstrativos de desempenho, documentos de prestação de contas, indicadores assistenciais e administrativos, informações financeiras e demais registros exigidos pelo Contrato de Gestão, permitindo o acompanhamento sistemático pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de fiscalização e controle.

Os processos de prestação de contas observarão rigorosamente os prazos, critérios e requisitos estabelecidos no instrumento contratual, contemplando a apresentação da produção assistencial, indicadores de desempenho, execução físico-financeira, aplicação dos recursos recebidos, documentação comprobatória das despesas realizadas e demais informações necessárias à adequada fiscalização da execução contratual.

A instituição manterá permanente colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, órgãos de controle interno e demais instâncias fiscalizadoras, disponibilizando prontamente documentos, registros, relatórios, informações e esclarecimentos necessários ao exercício das atividades de auditoria, fiscalização e acompanhamento da execução do Contrato de Gestão.

Os processos de auditoria interna serão utilizados como instrumento de avaliação da conformidade dos procedimentos institucionais, permitindo verificar

o cumprimento das normas internas, protocolos assistenciais, fluxos operacionais, controles administrativos, execução financeira e obrigações contratuais, além de subsidiar a implementação de ações corretivas e preventivas.

A governança institucional também contemplará mecanismos de gestão da integridade, ética e conformidade, mediante observância do Código de Ética institucional, prevenção de conflitos de interesse, cumprimento das normas anticorrupção, proteção de dados pessoais, segurança das informações e adoção de práticas que fortaleçam a transparência e a responsabilidade na administração dos recursos públicos.

Os resultados do monitoramento contratual serão periodicamente analisados pela gestão institucional, permitindo avaliar o desempenho global da operação, identificar riscos e oportunidades de melhoria, revisar estratégias de execução, aperfeiçoar processos e assegurar o cumprimento dos objetivos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A comunicação entre a Contratada e a Contratante será realizada de forma contínua, transparente e tempestiva, mediante reuniões técnicas, apresentação de relatórios gerenciais, acompanhamento dos indicadores, resposta às demandas institucionais e atendimento às solicitações formuladas pelos gestores do contrato, fortalecendo o processo de governança e a gestão compartilhada da execução contratual.

Dessa forma, a governança, a transparência e o controle da execução contratual constituirão instrumentos permanentes de gestão, assegurando conformidade legal, eficiência administrativa, adequada aplicação dos recursos públicos, prestação de contas qualificada, fortalecimento dos mecanismos de controle e plena observância das obrigações assumidas no Contrato de Gestão para operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

VIII. Gestão de Riscos e Melhoria Contínua

A gestão de riscos constitui componente estratégico do modelo de governança da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do

Campo, sendo adotada como instrumento permanente para prevenção de eventos que possam comprometer a continuidade, a qualidade, a segurança e a eficiência da prestação dos serviços do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

A metodologia proposta será baseada na identificação sistemática dos riscos assistenciais, operacionais, administrativos, tecnológicos, legais e institucionais, permitindo o planejamento antecipado das medidas de prevenção, mitigação e resposta, de forma a reduzir impactos sobre a assistência prestada à população e assegurar a continuidade da execução contratual.

O gerenciamento dos riscos contemplará a análise periódica dos processos de trabalho, das ocorrências operacionais, dos eventos adversos, das não conformidades, das interrupções de serviços, das indisponibilidades de recursos críticos e das demais situações que possam interferir na capacidade operacional do serviço.

Para cada risco identificado serão estabelecidas medidas de controle compatíveis com sua natureza e criticidade, contemplando definição de responsabilidades, protocolos de atuação, mecanismos de monitoramento e procedimentos destinados à redução da probabilidade de ocorrência e à minimização de seus impactos.

A gestão contemplará, ainda, a elaboração e atualização de planos de contingência para situações que possam comprometer a continuidade do serviço, incluindo indisponibilidade de viaturas, falhas em sistemas de comunicação, interrupções tecnológicas, eventos com múltiplas vítimas, desastres, aumento extraordinário da demanda e demais situações de emergência que exijam reorganização operacional.

As ocorrências relevantes serão registradas, analisadas e tratadas por meio de metodologia estruturada de avaliação, permitindo identificar causas, propor medidas corretivas e preventivas e fortalecer os mecanismos institucionais de prevenção de recorrências, em conformidade com os princípios da segurança do paciente e da gestão da qualidade.

Os resultados decorrentes da gestão de riscos subsidiarão o aperfeiçoamento dos processos institucionais, contribuindo para a revisão de

protocolos, atualização de procedimentos operacionais, qualificação das equipes e fortalecimento dos mecanismos de governança, promovendo a melhoria contínua da organização.

A metodologia de gestão de riscos será integrada aos processos de governança institucional e aos mecanismos de monitoramento da execução contratual, assegurando que as ações preventivas e corretivas sejam acompanhadas de forma sistemática e incorporadas ao planejamento gerencial do serviço.

Os procedimentos específicos relativos ao gerenciamento de riscos, segurança do paciente, planos de contingência e continuidade operacional serão detalhados nos capítulos próprios deste Plano de Trabalho, em consonância com as diretrizes institucionais e com as exigências do Contrato de Gestão.

Dessa forma, a gestão de riscos e a melhoria contínua fortalecem a capacidade institucional de antecipar, controlar e responder às situações que possam comprometer a prestação dos serviços, assegurando maior segurança operacional, estabilidade da assistência, continuidade da execução contratual e permanente aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados.

Considerações Finais da Metodologia

A metodologia de atuação proposta demonstra a capacidade técnico-operacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para gerenciar, operacionalizar e executar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de forma integrada, eficiente e alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção às Urgências.

O modelo apresentado está fundamentado na organização dos processos assistenciais, administrativos e operacionais, na padronização das atividades, na gestão por indicadores, na governança institucional e na melhoria contínua, assegurando qualidade da assistência, segurança dos usuários, eficiência na utilização dos recursos públicos e cumprimento das obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão.

Os capítulos subsequentes detalham os fluxos, normas, rotinas, protocolos, manuais, regimentos e demais instrumentos de gestão que darão

suporte à execução das atividades, evidenciando a aderência da proposta às exigências do Edital e o compromisso institucional com a prestação de serviços de urgência e emergência seguros, resolutivos e de excelência.

6.1.1 A.1. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

Diretrizes Gerais de Gestão Documental

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará diretrizes institucionais de gestão documental destinadas à padronização dos processos de produção, recebimento, conferência, registro, tramitação, armazenamento, consulta, arquivamento e destinação final dos documentos assistenciais, administrativos, financeiros e gerenciais produzidos durante a execução do Contrato de Gestão.

A gestão documental será estruturada de forma a assegurar a integridade, autenticidade, rastreabilidade, confidencialidade, disponibilidade e preservação das informações institucionais, observando a legislação vigente, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, as normas arquivísticas aplicáveis, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018) e os princípios da Administração Pública.

Todos os documentos produzidos ou recebidos no âmbito da execução contratual seguirão fluxos padronizados de identificação, classificação, registro, tramitação, guarda, consulta e destinação final, garantindo a organização do acervo documental e a pronta disponibilização das informações sempre que solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de controle interno e externo, pelas auditorias e demais autoridades competentes.

A organização documental permitirá a recuperação rápida das informações assistenciais e administrativas, preservando o histórico dos registros, assegurando a continuidade dos processos de trabalho e subsidiando as atividades de fiscalização, monitoramento contratual, auditoria, prestação de contas e avaliação dos serviços executados.

Fluxos para Registros e Documentos

Objetivo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a presente proposta de Fluxos para Registros e Documentos com a finalidade de estabelecer diretrizes para organização, padronização, controle, rastreabilidade e gerenciamento das informações produzidas durante a execução do Contrato de Gestão, assegurando a integridade, autenticidade, disponibilidade, confidencialidade e recuperação dos registros assistenciais e administrativos.

A gestão documental será estruturada de forma integrada aos processos operacionais da Unidade, contemplando desde a produção dos registros decorrentes do atendimento aos usuários até a gestão dos documentos administrativos, financeiros, gerenciais e de apoio, garantindo a adequada circulação das informações, a padronização dos procedimentos, a segurança dos dados e o atendimento às exigências legais e contratuais.

Os fluxos documentais serão organizados para assegurar que todas as informações produzidas possuam identificação, registro, tramitação, armazenamento, consulta, arquivamento e destinação final definidos, possibilitando o acompanhamento integral do ciclo documental, a pronta localização dos registros e o suporte às atividades assistenciais, administrativas, de auditoria, fiscalização, monitoramento e prestação de contas.

A gestão dos registros observará as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, a legislação arquivística aplicável, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018), as normas dos Conselhos Profissionais, os princípios da Administração Pública e as demais normas aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, assegurando a preservação das informações institucionais e a proteção dos dados pessoais tratados durante a execução contratual.

Para fins de organização dos processos documentais, a presente proposta está estruturada em dois grandes eixos: Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários**,** abrangendo todos os registros decorrentes da assistência prestada ao cidadão, e Fluxos de Registros e Documentos Administrativos, compreendendo os documentos relacionados às atividades de gestão, apoio administrativo, recursos humanos, suprimentos, faturamento, prestação de contas e demais processos necessários à adequada execução do Contrato de Gestão.

O Registro de Documentos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

A organização dos fluxos para registros e documentos dos usuários e administrativos constitui instrumento essencial para assegurar a padronização dos processos operacionais, a rastreabilidade das informações, a continuidade da assistência pré-hospitalar móvel e a adequada execução do Contrato de Gestão do Lote 2 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A gestão documental compreenderá todas as informações produzidas pela Central de Regulação das Urgências, Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), Motolâncias e equipes administrativas, assegurando a integridade, autenticidade, disponibilidade e confidencialidade dos registros durante todo o ciclo documental.

Os fluxos documentais abrangerão desde o recebimento da solicitação de atendimento pela Central de Regulação Médica das Urgências até o encerramento da ocorrência, incluindo os registros de regulação médica, despacho de recursos, atendimento pré-hospitalar, transporte assistencial, encaminhamento às unidades de referência, documentação administrativa e operacional, produção assistencial, monitoramento de indicadores, auditorias e prestação de contas, observando a legislação vigente, as diretrizes do Ministério da Saúde e as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.1.1.1 Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um modelo estruturado de gestão dos registros e documentos dos usuários, compreendendo o conjunto de procedimentos destinados à produção, validação, utilização, circulação, armazenamento, recuperação e guarda das informações geradas durante toda a jornada assistencial. O modelo proposto tem como finalidade assegurar que cada atendimento realizado produza registros íntegros, padronizados, rastreáveis e disponíveis para continuidade do cuidado, monitoramento da assistência, regulação do acesso, faturamento dos procedimentos, auditorias e fiscalização contratual.

Os registros assistenciais constituem documentos oficiais da assistência prestada e representam o principal instrumento de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, permitindo o compartilhamento seguro das informações clínicas, a continuidade terapêutica, a demonstração das condutas adotadas, a produção dos indicadores assistenciais e a comprovação da execução das ações contratualizadas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os documentos relacionados ao usuário serão produzidos mediante fluxos padronizados, iniciando-se com sua identificação e cadastro nos sistemas institucionais, prosseguindo com o registro cronológico dos atendimentos, procedimentos, prescrições, solicitações de exames, encaminhamentos, evoluções multiprofissionais, registros de regulação, altas e demais eventos assistenciais, encerrando-se com os procedimentos de arquivamento, preservação e recuperação das informações, respeitados os prazos legais de guarda e as normas aplicáveis.

A metodologia proposta assegura que cada informação registrada possua origem identificável, profissional responsável, data, horário e histórico de alterações, permitindo completa rastreabilidade documental e possibilitando a reconstituição integral do percurso assistencial do usuário sempre que

necessária para fins clínicos, administrativos, legais, regulatórios ou de auditoria.

Os registros serão realizados preferencialmente em sistemas informatizados adotados pela Secretaria Municipal de Saúde ou por ela autorizados, observando critérios de interoperabilidade, integridade das bases de dados e disponibilidade das informações, permitindo a integração com os sistemas oficiais utilizados pelo Município, evitando duplicidade de registros e assegurando consistência entre as informações assistenciais, os sistemas de regulação, a produção ambulatorial e hospitalar e os mecanismos de monitoramento contratual.

A gestão documental dos usuários observará rigorosamente os princípios da confidencialidade, privacidade, segurança da informação e proteção de dados pessoais, mediante definição de perfis de acesso, autenticação dos usuários dos sistemas, registro das operações realizadas, mecanismos de rastreabilidade, cópias de segurança, preservação do acervo documental e demais controles destinados à proteção das informações assistenciais, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), com as normas dos Conselhos Profissionais e com a legislação aplicável ao prontuário do paciente.

A estruturação dos fluxos apresentada neste Plano de Trabalho contempla todas as etapas relacionadas aos documentos dos usuários, abrangendo desde sua identificação e cadastramento até a guarda definitiva dos registros assistenciais, assegurando que as informações produzidas durante a execução contratual permaneçam organizadas, acessíveis, auditáveis e permanentemente disponíveis para subsidiar a assistência, a gestão, a prestação de contas e os processos de avaliação conduzidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle.

Identificação, Cadastro e Atualização dos Usuários

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará fluxo padronizado para identificação, registro e validação das informações dos usuários atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU 192), assegurando a correta individualização da ocorrência, a integridade dos registros assistenciais e a adequada vinculação de todos os atos praticados durante o atendimento pré-hospitalar.

O processo de identificação terá início no momento do recebimento da solicitação de atendimento pela Central de Regulação Médica das Urgências, oportunidade em que serão registrados os dados disponíveis do solicitante e do paciente, bem como as informações referentes à localização da ocorrência, natureza do evento, classificação inicial da demanda e demais elementos necessários à regulação médica e ao despacho do recurso assistencial mais adequado.

Sempre que possível, serão registrados os identificadores oficiais do usuário, tais como Cartão Nacional de Saúde (CNS), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), documento de identificação civil ou outros dados que permitam sua correta individualização, reduzindo inconsistências cadastrais e assegurando a vinculação das informações assistenciais aos sistemas oficiais utilizados pelo Município.

Durante o atendimento pré-hospitalar, as equipes das Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais recursos operacionais realizarão a conferência e complementação das informações obtidas pela Central de Regulação, registrando eventuais atualizações referentes à identificação do paciente, responsável legal, contatos, destino do encaminhamento e demais informações relevantes para a assistência e continuidade do cuidado.

Concluída a identificação, os dados serão registrados nos sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e integrados à Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) ou ao registro eletrônico da ocorrência, permitindo a documentação cronológica da regulação médica, do despacho dos recursos, da assistência prestada, dos procedimentos realizados, da evolução clínica, do destino do paciente e do encerramento da ocorrência.

A correta identificação do usuário constituirá requisito obrigatório para a emissão da documentação assistencial, dos registros de regulação médica,

das fichas de atendimento, dos registros de transporte sanitário, das transferências inter-hospitalares, da produção assistencial, do faturamento e dos demais documentos decorrentes da execução dos serviços, assegurando a rastreabilidade das informações e a consistência dos dados encaminhados aos sistemas oficiais.

Sempre que forem identificadas inconsistências cadastrais, homônimos, ausência de documentação ou divergências de identificação, serão adotados procedimentos específicos para validação e complementação das informações, preservando a segurança do paciente, a confiabilidade dos registros institucionais e a qualidade das bases de dados utilizadas para regulação, monitoramento operacional, auditoria, faturamento e prestação de contas.

Os registros de identificação permanecerão disponíveis para consulta pelos profissionais autorizados, observados os perfis institucionais de acesso e os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018), garantindo a rastreabilidade das alterações realizadas, a preservação do histórico da ocorrência e a integridade das informações produzidas durante a execução do Contrato de Gestão.

Fluxo Operacional de Identificação e Registro dos Usuários	
Etapa	**Descrição**
1. Recebimento da Solicitação	Recebimento da chamada pela Central de Regulação Médica das Urgências (192), com registro inicial dos dados do solicitante, localização da ocorrência, natureza do evento e demais informações necessárias para a regulação.
2. Identificação do Usuário	Registro e validação das informações de identificação do paciente, sempre que possível, utilizando nome, Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF ou outro identificador oficial disponível, bem como dados complementares obtidos durante a regulação ou no local da ocorrência.
3. Registro da Ocorrência	Cadastro da ocorrência nos sistemas informatizados oficiais, com vinculação dos dados do usuário, classificação da demanda, despacho do recurso assistencial e demais informações operacionais pertinentes.

4. Complementação das Informações	Atualização dos dados pela equipe da Unidade Móvel durante o atendimento, incluindo confirmação da identificação do paciente, registros clínicos, procedimentos realizados, medicamentos administrados, horários operacionais e destino do usuário.
5. Consolidação dos Registros Assistenciais	Integração das informações da Central de Regulação e da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) ou registro eletrônico equivalente, assegurando a completude, consistência e rastreabilidade da documentação da ocorrência.
6. Encerramento e Disponibilização dos Registros	Finalização da ocorrência, armazenamento dos registros nos sistemas institucionais e disponibilização das informações para auditoria, monitoramento operacional, faturamento, prestação de contas e demais finalidades previstas no Contrato de Gestão.

Registro Assistencial e Documentação da Ocorrência

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará a **Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH)**, física ou eletrônica, e os registros da Central de Regulação Médica das Urgências como documentos oficiais da assistência prestada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), assegurando o registro cronológico, completo, fidedigno e rastreável de todas as informações produzidas durante a regulação médica e o atendimento pré-hospitalar móvel.

Os registros assistenciais serão realizados de forma tempestiva, objetiva, legível, individualizada e tecnicamente fundamentada, contemplando todos os atos praticados pelas equipes da Central de Regulação Médica das Urgências, Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), Motolâncias e demais profissionais envolvidos na assistência, observando a legislação vigente, as normas éticas dos respectivos Conselhos Profissionais, os protocolos institucionais, as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

A documentação da ocorrência reunirá, de forma organizada e integrada, todos os registros produzidos desde o recebimento da solicitação de atendimento pela Central de Regulação Médica das Urgências até o

encerramento da ocorrência, permitindo a reconstituição integral da assistência prestada, subsidiando a continuidade do cuidado na unidade de referência, as auditorias clínicas, o monitoramento operacional, a avaliação dos indicadores assistenciais, o faturamento, a prestação de contas e a fiscalização da execução contratual.

Serão registrados, sempre que aplicável:

- Identificação do usuário;
- Dados da ocorrência;
- Local do atendimento;
- Horários operacionais da ocorrência;
- Classificação da demanda e regulação médica;
- Avaliação clínica inicial;
- Sinais vitais;
- Hipótese diagnóstica ou diagnóstico presumido;
- Procedimentos realizados;
- Medicamentos administrados;
- Suporte ventilatório e circulatório, quando realizado;
- Imobilizações e demais intervenções assistenciais;
- Evolução clínica durante o atendimento e transporte;
- Unidade de destino ou desfecho da ocorrência;
- Identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento;
- Demais registros relacionados à ocorrência.

Sempre que os sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde permitirem, os registros serão realizados em meio eletrônico, utilizando mecanismos de autenticação individual dos profissionais, controle de acesso, rastreabilidade das alterações, registro cronológico das informações e demais funcionalidades destinadas a assegurar a autenticidade, integridade, disponibilidade e confidencialidade dos dados assistenciais.

Os registros eletrônicos observarão os requisitos técnicos e legais aplicáveis à certificação, assinatura eletrônica, armazenamento, preservação e recuperação das informações em saúde, garantindo a validade jurídica dos

documentos produzidos e sua utilização para fins assistenciais, administrativos, regulatórios, legais, auditorias e prestação de contas.

A documentação assistencial será integrada aos sistemas oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, permitindo consistência entre os registros da Central de Regulação Médica das Urgências, as Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar, a produção assistencial, os registros de transporte sanitário, os indicadores operacionais e os mecanismos de faturamento e monitoramento do Contrato de Gestão, reduzindo inconsistências, retrabalho e divergências entre as bases de dados.

A Irmandade promoverá o monitoramento permanente da qualidade dos registros assistenciais por meio de auditorias documentais, análise da completude das Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar, verificação da conformidade dos registros da Central de Regulação Médica das Urgências, identificação de inconformidades e desenvolvimento de ações corretivas e educativas junto às equipes, visando assegurar a fidedignidade das informações, a rastreabilidade das ocorrências e o cumprimento da legislação vigente, dos protocolos institucionais e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Fluxo Operacional dos Registros Assistenciais

Etapa	Descrição
1. Abertura da Ocorrência	Registro da solicitação de atendimento pela Central de Regulação Médica das Urgências, com identificação da ocorrência, localização, natureza do evento, classificação inicial da demanda e abertura do registro assistencial.
2. Regulação Médica e Despacho do Recurso	Registro da avaliação realizada pelo Médico Regulador, definição da resposta assistencial, despacho da Unidade Móvel adequada (USB, USA, Motolância ou outro recurso) e registro dos horários operacionais correspondentes.

3. Registro da Assistência Pré-Hospitalar	Documentação cronológica da avaliação clínica, sinais vitais, procedimentos executados, medicamentos administrados, intervenções realizadas, evolução do paciente e demais informações produzidas durante o atendimento pela equipe da Unidade Móvel.
4. Atualização da Documentação da Ocorrência	Complementação contínua da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) ou do registro eletrônico da ocorrência, incluindo intercorrências, comunicação com a Central de Regulação, decisões clínicas, transporte do paciente e demais registros assistenciais.
5. Encerramento da Ocorrência	Registro do desfecho do atendimento, incluindo encaminhamento à unidade de referência, permanência no local, recusa de atendimento, óbito ou demais situações previstas nos protocolos operacionais, assegurando a completude da documentação assistencial.
6. Consolidação e Disponibilização dos Registros	Finalização da documentação da ocorrência, integração aos sistemas oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, armazenamento dos registros e disponibilização para auditorias, monitoramento operacional, faturamento, prestação de contas e avaliação dos indicadores do Contrato de Gestão.

Gestão dos Documentos Assistenciais, Emissão, Arquivamento e Recuperação das Informações

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá procedimentos padronizados para organização, controle, arquivamento, preservação e recuperação dos documentos assistenciais produzidos durante a execução dos serviços do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), assegurando que todas as informações geradas durante a regulação médica e o atendimento pré-hospitalar permaneçam íntegras, organizadas, disponíveis e protegidas durante todo o período de guarda estabelecido pela legislação vigente e pelas normas aplicáveis aos serviços de saúde.

A gestão documental compreenderá todas as etapas posteriores à produção dos registros assistenciais, contemplando a conferência da

completude da documentação da ocorrência, consolidação da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH) e dos registros da Central de Regulação Médica das Urgências, controle da movimentação documental, guarda física ou eletrônica, recuperação das informações e destinação final dos documentos, observando os prazos legais de conservação e os procedimentos institucionais de descarte seguro.

Ao término de cada ocorrência, toda a documentação produzida será submetida à conferência quanto à identificação do usuário, identificação dos profissionais responsáveis, consistência dos registros, sequência cronológica das informações, horários operacionais, procedimentos executados e demais requisitos necessários para composição do registro assistencial da ocorrência, reduzindo inconsistências que possam comprometer a assistência, as auditorias, o faturamento, a fiscalização contratual ou a responsabilização profissional.

Os documentos assistenciais permanecerão organizados de forma a permitir a rápida localização e recuperação das informações sempre que solicitadas para continuidade do cuidado nas unidades de referência, processos regulatórios, auditorias internas e externas, demandas judiciais, fiscalização dos órgãos de controle, faturamento, monitoramento dos indicadores operacionais e demais situações previstas na legislação vigente.

O acesso aos documentos assistenciais observará critérios de confidencialidade, necessidade funcional e perfis institucionais de acesso, sendo restrito aos profissionais autorizados, preservando o sigilo das informações em saúde e assegurando conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), com as normas dos Conselhos Profissionais e com a legislação aplicável aos registros assistenciais do atendimento pré-hospitalar móvel.

Quando utilizados registros eletrônicos, a Irmandade adotará mecanismos de preservação digital destinados a assegurar autenticidade, disponibilidade, integridade, rastreabilidade e recuperação das informações, incluindo rotinas de backup, controle de versões, registro de acessos, mecanismos de continuidade operacional e demais controles necessários à proteção do acervo documental.

Os registros físicos eventualmente utilizados, incluindo Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar e demais formulários operacionais, permanecerão armazenados em ambiente apropriado, organizado e protegido contra deterioração, extravio, acesso não autorizado, incêndio, umidade e outros fatores capazes de comprometer sua preservação.

A recuperação dos documentos obedecerá fluxo institucional previamente estabelecido, permitindo localização por meio dos identificadores da ocorrência, dados do usuário, número da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar, data do atendimento, unidade móvel, equipe assistencial ou demais parâmetros disponíveis, assegurando agilidade no atendimento das demandas assistenciais, administrativas e legais sem comprometer a segurança das informações.

A Irmandade manterá mecanismos permanentes de monitoramento da gestão documental, contemplando auditorias documentais, verificação da organização do acervo, conferência da completude das Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar, controle da movimentação dos documentos assistenciais, acompanhamento dos prazos legais de guarda e identificação de inconformidades, promovendo ações corretivas e preventivas voltadas ao aperfeiçoamento contínuo dos processos documentais, da qualidade dos registros e da segurança das informações produzidas durante a execução do Contrato de Gestão.

Fluxo Operacional da Gestão Documental Assistencial

Etapa	Descrição
1. Conferência da Documentação Assistencial	Verificação da completude da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH), dos registros da Central de Regulação Médica das Urgências, da identificação do usuário, dos profissionais responsáveis, dos horários operacionais e da consistência das informações produzidas durante a ocorrência.

2. Consolidação da Documentação da Ocorrência	Organização cronológica e integração dos registros da regulação médica, despacho dos recursos, atendimento pré-hospitalar, procedimentos realizados, evolução clínica e desfecho da ocorrência, assegurando a completude da documentação assistencial.
3. Arquivamento	Guarda física ou eletrônica da documentação da ocorrência, observando os procedimentos institucionais, os prazos legais de conservação e a legislação aplicável aos registros assistenciais.
4. Controle de Acesso e Movimentação	Registro e monitoramento das consultas, movimentações, empréstimos e acessos à documentação assistencial, assegurando rastreabilidade, confidencialidade e controle das informações.
5. Recuperação das Informações	Localização e disponibilização da documentação da ocorrência para continuidade do cuidado, auditorias, fiscalização, processos judiciais, monitoramento operacional, faturamento, prestação de contas e demais solicitações autorizadas.
6. Destinação Final	Encerramento do ciclo documental mediante observância dos prazos legais de guarda e dos procedimentos institucionais para preservação permanente ou descarte seguro da documentação.
6. Consolidação e Disponibilização dos Registros	Finalização da documentação da ocorrência, integração aos sistemas oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, armazenamento dos registros e disponibilização para auditorias, monitoramento operacional, faturamento, prestação de contas e avaliação dos indicadores do Contrato de Gestão.

Gestão dos Encaminhamentos, Exames e Regulação Assistencial

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá fluxo padronizado para emissão, registro, acompanhamento e controle dos documentos relacionados aos encaminhamentos assistenciais, às solicitações de exames, quando decorrentes da avaliação clínica realizada durante o atendimento pré-hospitalar, e aos processos de regulação assistencial, assegurando a

continuidade do cuidado, a rastreabilidade das ocorrências e a adequada integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção às Urgências.

Os documentos produzidos durante o processo de encaminhamento constituirão parte integrante da documentação assistencial da ocorrência e serão elaborados de forma completa, legível, fundamentada e compatível com a condição clínica apresentada pelo paciente, contendo as informações necessárias para subsidiar a atuação da Central de Regulação Médica das Urgências, das equipes assistenciais e da unidade de referência responsável pela continuidade do atendimento.

Toda solicitação de encaminhamento, transferência inter-hospitalar ou outro recurso assistencial regulado será registrada nos sistemas oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observando os protocolos assistenciais, critérios clínicos, diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e os fluxos regulatórios vigentes.

Quando houver necessidade de realização de exames complementares ou procedimentos especializados na unidade de destino, a indicação clínica será registrada na documentação da ocorrência, acompanhada das informações necessárias para subsidiar a continuidade da assistência pela equipe receptora, não competindo ao SAMU 192 a solicitação direta desses exames, mas o adequado registro da condição clínica que fundamentou o encaminhamento.

O fluxo documental compreenderá o registro da solicitação inicial, a avaliação do Médico Regulador, a definição do recurso assistencial, o despacho da unidade móvel, o acompanhamento da ocorrência, a comunicação com a unidade de referência, o registro da aceitação do paciente, quando aplicável, e o encerramento da ocorrência, permitindo o monitoramento integral do atendimento desde o acionamento até sua conclusão.

Os encaminhamentos realizados conterão informações suficientes para assegurar adequada comunicação entre os serviços de origem e de destino, contemplando, sempre que pertinente, identificação do usuário, hipótese diagnóstica ou diagnóstico presumido, resumo clínico, sinais vitais, procedimentos realizados, medicamentos administrados, resposta às

intervenções executadas, prioridade assistencial, horários operacionais e demais informações necessárias para subsidiar a continuidade da assistência.

A Irmandade promoverá o acompanhamento sistemático dos encaminhamentos, das ocorrências reguladas e das transferências inter-hospitalares, utilizando os registros produzidos para monitorar tempos de resposta, disponibilidade dos recursos, utilização das unidades móveis, resolutividade dos atendimentos e demais indicadores operacionais relacionados ao desempenho da Rede de Atenção às Urgências.

As informações produzidas durante os processos de encaminhamento e regulação permanecerão integradas à documentação assistencial da ocorrência, preservando a cronologia dos eventos, favorecendo a comunicação entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as equipes móveis e as unidades de referência, subsidiando auditorias, monitoramento operacional, faturamento, prestação de contas e fiscalização da execução do Contrato de Gestão.

Segurança da Informação, Proteção de Dados e Interoperabilidade dos Sistemas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos técnicos, administrativos e operacionais destinados à proteção das informações assistenciais, à preservação da integridade dos registros produzidos e à continuidade dos serviços informatizados utilizados na Central de Regulação Médica das Urgências, nas Unidades Móveis e nas atividades administrativas relacionadas à execução do Contrato de Gestão, assegurando que os dados dos usuários permaneçam protegidos durante todo o seu ciclo de vida.

A segurança da informação será tratada como componente estratégico da assistência e da gestão, abrangendo a produção, o processamento, a transmissão, o armazenamento, a recuperação e a eliminação das informações, mediante controles destinados a preservar a confidencialidade, a

integridade, a disponibilidade, a autenticidade e a rastreabilidade dos registros institucionais.

Os sistemas informatizados utilizados na Central de Regulação Médica das Urgências, nas Unidades Móveis e nos setores administrativos, observarão mecanismos de autenticação individual dos usuários, controle de perfis de acesso, segregação de permissões conforme as atribuições funcionais, registro das operações realizadas, monitoramento de acessos e demais controles destinados a assegurar que cada profissional tenha acesso exclusivamente às informações necessárias ao exercício de suas atividades.

O tratamento dos dados pessoais e das informações em saúde observará as disposições da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), bem como a legislação específica aplicável aos registros em saúde, garantindo que a coleta, utilização, armazenamento, compartilhamento e eliminação das informações ocorram exclusivamente para finalidades relacionadas à assistência, à gestão dos serviços, ao cumprimento das obrigações legais, à execução contratual e às demais hipóteses legalmente autorizadas.

A Irmandade estabelecerá rotinas de proteção das bases de dados, contemplando cópias periódicas de segurança, procedimentos para recuperação das informações, controle de versões, preservação da integridade dos registros e medidas destinadas à continuidade operacional dos sistemas informatizados, reduzindo os riscos decorrentes de falhas tecnológicas, indisponibilidade dos sistemas, perda de informações ou eventos que possam comprometer a prestação dos serviços.

Os registros assistenciais e administrativos, incluindo os registros das ocorrências, da regulação médica, do despacho de recursos e das Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar, permanecerão protegidos contra alterações indevidas, exclusões não autorizadas, acessos incompatíveis com as

atribuições funcionais, vazamentos de informações e demais incidentes relacionados à segurança da informação, sendo adotadas medidas corretivas sempre que identificadas vulnerabilidades ou inconformidades.

A interoperabilidade entre os sistemas utilizados pela Unidade e os sistemas oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde constituirá diretriz permanente da gestão documental, permitindo que as informações produzidas durante a regulação médica, o atendimento pré-hospitalar e as atividades administrativas, sejam compartilhadas de forma segura, íntegra e tempestiva, evitando duplicidade de registros, reduzindo retrabalho operacional e assegurando consistência entre as bases de dados utilizadas para assistência, regulação, monitoramento da produção, faturamento, indicadores e prestação de contas.

Os registros assistenciais e administrativos serão realizados, preferencialmente, por meio dos sistemas informatizados oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observando os princípios da interoperabilidade, integridade, rastreabilidade, disponibilidade e segurança da informação. Para a operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), serão utilizados os sistemas oficiais adotados pelo Município para gestão da Central de Regulação Médica das Urgências, registro das ocorrências, despacho de recursos, produção assistencial e monitoramento operacional, bem como as bases nacionais e sistemas oficiais aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) e outros sistemas definidos pela Secretaria Municipal de Saúde para registro, processamento da produção e prestação de contas. A integração dessas plataformas permitirá o adequado registro das solicitações de atendimento, da regulação médica, dos atendimentos realizados pelas equipes móveis, dos transportes sanitários, da produção assistencial, dos indicadores operacionais, do faturamento, da prestação de contas e da avaliação do desempenho contratual, assegurando conformidade com a Política Nacional de

Atenção às Urgências, com as normas do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sempre que houver atualização, substituição ou implantação de novos sistemas informatizados, a Irmandade adotará procedimentos destinados à preservação do acervo documental, à migração segura das informações, à validação da consistência dos dados transferidos e à manutenção da rastreabilidade dos registros históricos, garantindo que nenhuma informação assistencial ou administrativa seja comprometida durante os processos de transição tecnológica.

A gestão da segurança da informação será permanentemente monitorada por meio de verificações periódicas dos mecanismos de controle, avaliação dos registros de acesso, acompanhamento da disponibilidade dos sistemas, análise de incidentes, revisão dos perfis de acesso e implementação de ações preventivas e corretivas, promovendo o aperfeiçoamento contínuo dos processos relacionados à proteção das informações institucionais.

6.1.1.2 Fluxos de Registros e Documentos Administrativos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará modelo institucional de gestão dos registros e documentos administrativos destinado a assegurar a adequada formalização, tramitação, controle, arquivamento, recuperação e disponibilização das informações necessárias ao funcionamento da Unidade e ao cumprimento das obrigações decorrentes do Contrato de Gestão.

A gestão documental administrativa compreenderá todos os registros produzidos pelas áreas de apoio técnico, administrativo, financeiro, contábil, patrimonial, logística, suprimentos, recursos humanos, faturamento, qualidade, ouvidoria, governança, gestão operacional, regulação médica, controle da frota, manutenção das viaturas e demais processos necessários à execução

contratual, assegurando que cada documento possua origem identificável, fluxo previamente estabelecido, responsáveis definidos, mecanismos de rastreabilidade e condições adequadas de preservação durante todo o seu ciclo de vida.

Os documentos administrativos constituirão instrumentos formais de gestão, subsidiando o planejamento das atividades, a execução dos processos institucionais, a tomada de decisão, o monitoramento das metas contratuais, a prestação de contas, as auditorias internas e externas, a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde e o atendimento aos órgãos de controle.

Toda documentação produzida durante a execução contratual observará critérios padronizados de emissão, identificação, protocolo, conferência, tramitação, validação, arquivamento e recuperação, garantindo uniformidade dos procedimentos, integridade das informações, autenticidade documental e pronta disponibilidade sempre que necessária para suporte às atividades operacionais e gerenciais.

Os registros administrativos serão produzidos de forma integrada aos sistemas informatizados utilizados pela Unidade, permitindo consistência entre os documentos físicos e eletrônicos, reduzindo retrabalho operacional, fortalecendo os mecanismos de controle interno e assegurando confiabilidade das informações utilizadas para gestão administrativa, financeira, assistencial e contratual.

A organização documental adotará mecanismos destinados ao controle das versões dos documentos institucionais, rastreabilidade das alterações realizadas, identificação dos responsáveis pela emissão e aprovação dos documentos, preservação do histórico documental e controle dos prazos legais de guarda, contribuindo para maior segurança jurídica, administrativa e operacional durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

A estrutura apresentada a seguir contempla os principais fluxos documentais administrativos necessários à execução do objeto contratual, abrangendo desde a produção da documentação institucional até sua utilização para monitoramento, auditoria, fiscalização e prestação de contas, promovendo integração entre os diversos setores da Unidade e fortalecendo os mecanismos de governança, transparência e controle da gestão.

Fluxo Operacional da Documentação Administrativa

Etapa	Descrição
1. Recebimento ou Emissão do Documento	Produção interna ou recebimento de documento proveniente da Secretaria Municipal de Saúde, fornecedores, órgãos públicos ou demais instituições.
2. Protocolo e Registro	Registro formal da documentação, identificação do assunto, origem, responsável e setor destinatário.
3. Tramitação Administrativa	Encaminhamento ao setor competente para análise, manifestação ou adoção das providências necessárias.
4. Controle e Acompanhamento	Monitoramento dos prazos, registro das movimentações e acompanhamento das providências adotadas.
5. Conclusão do Processo	Formalização da resposta, decisão administrativa ou encerramento da demanda.
6. Arquivamento Institucional	Organização, classificação e guarda da documentação para futuras consultas, auditorias e fiscalização contratual.

Fluxos de Registros e Documentos

Gestão dos Registros Administrativos

A gestão dos registros administrativos compreenderá a documentação produzida e recebida durante a execução do Contrato de Gestão, abrangendo processos relacionados ao expediente, protocolo, recursos humanos, suprimentos, patrimônio, contratos, faturamento, financeiro, contabilidade, qualidade, ouvidoria, controle operacional, regulação, gestão da frota,

manutenção preventiva e corretiva das viaturas, abastecimento, controle de equipamentos e demais atividades necessárias à execução contratual.

Todos os documentos serão submetidos a procedimentos padronizados de elaboração ou recebimento, registro, conferência, tramitação, validação, arquivamento e recuperação, assegurando a integridade das informações, a rastreabilidade dos processos e o atendimento às exigências legais, contratuais e institucionais.

A gestão documental permitirá o acompanhamento da movimentação dos processos administrativos, o controle dos prazos institucionais, a preservação do histórico documental e a pronta disponibilização das informações para suporte à gestão, auditorias, fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde e órgãos de controle.

Etapa	Descrição
Produção ou Recebimento	Elaboração interna ou recebimento da documentação administrativa.
Registro e Protocolo	Identificação, classificação e registro do documento.
Tramitação	Encaminhamento aos setores competentes para análise e providências.
Validação	Conferência e aprovação, quando aplicável.
Utilização	Emprego da documentação nos processos administrativos, financeiros e assistenciais.
Arquivamento	Guarda e recuperação dos documentos conforme normas institucionais e legislação vigente.

Controle e Arquivamento dos Documentos Administrativos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá sistema de controle documental destinado à organização, guarda, preservação e recuperação dos documentos administrativos produzidos durante a execução do Contrato de Gestão, assegurando sua disponibilidade, integridade e rastreabilidade.

Os documentos serão classificados conforme sua natureza e finalidade, observando critérios padronizados de identificação, indexação,

temporalidade, guarda e destinação final, em conformidade com a legislação vigente e as normas institucionais.

O acesso aos documentos será restrito aos profissionais autorizados, conforme suas atribuições, garantindo a confidencialidade das informações e a preservação do histórico documental, permitindo sua consulta para atendimento às demandas administrativas, auditorias, fiscalização, prestação de contas e órgãos de controle.

Também serão objeto de controle documental os registros operacionais relacionados à disponibilidade das unidades móveis, escalas operacionais, check-lists das viaturas, manutenção preventiva e corretiva, abastecimento, controle de equipamentos embarcados, comunicações operacionais, relatórios de ocorrência e demais documentos indispensáveis ao funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Etapa	Descrição
Classificação	Organização dos documentos conforme natureza e assunto.
Indexação	Identificação para facilitar localização e rastreabilidade.
Guarda	Armazenamento físico ou eletrônico em ambiente adequado.
Consulta	Disponibilização aos setores autorizados quando necessário.
Destinação Final	Preservação ou descarte conforme prazos legais e normas institucionais.

2. Monitoramento da Gestão Documental

A gestão dos registros e documentos administrativos será monitorada continuamente, com o objetivo de assegurar a conformidade dos processos documentais, a observância dos prazos institucionais e o atendimento às exigências legais e contratuais.

Serão realizadas verificações periódicas quanto à organização dos documentos, regularidade dos registros, cumprimento dos fluxos estabelecidos e disponibilidade das informações, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de ações corretivas sempre que necessário.

Esse monitoramento contribuirá para o fortalecimento da governança administrativa, da transparência institucional, da eficiência operacional e da adequada prestação de contas dos recursos públicos geridos pela Unidade.

6.1.2 A.2. Fluxo de Limpeza e Higienização

Consiste na contratação de empresa especializada para prestação de serviços de limpeza e higienização das Bases do SAMU, Central de Regulação e demais dependências administrativas e operacionais, com fornecimento de mão de obra, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários à obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene, sob inteira responsabilidade da contratada em locais determinados da Unidade.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA (EMPRESA DE LIMPEZA) A Contratada além do fornecimento de mão de obra, dos saneantes domissanitários, materiais, e equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes no Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para prestação dos serviços

- ✓ Responsabilizar-se integralmente pela execução dos serviços contratados, em conformidade com a legislação trabalhista, previdenciária, sanitária e de segurança do trabalho vigente.
- ✓ Selecionar, contratar e preparar tecnicamente os profissionais, assegurando qualificação compatível com as atividades de limpeza e higienização das Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais dependências do SAMU 192.
- ✓ Promover capacitação dos colaboradores quanto ao uso racional da água, à utilização consciente dos insumos e à adoção de práticas voltadas à sustentabilidade ambiental.
- ✓ Manter todos os profissionais devidamente uniformizados, identificados por meio de crachá com fotografia recente e utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados às atividades desempenhadas, não

sendo permitida a permanência de colaboradores sem identificação funcional.

- ✓ Manter atualizado o controle de vacinação dos profissionais envolvidos na execução dos serviços, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunizações e demais normas vigentes.
- ✓ Fornecer todos os EPIs, materiais, equipamentos e utensílios necessários à execução segura e adequada das atividades, responsabilizando-se por sua reposição e conservação.
- ✓ Realizar treinamento admissional antes do início das atividades e promover capacitações periódicas, no mínimo trimestrais ou sempre que houver atualização dos procedimentos, alterações normativas ou identificação de não conformidades, encaminhando previamente à Contratante o cronograma anual de capacitação, o conteúdo programático e, após sua realização, relatório contendo carga horária, lista de presença e avaliação dos participantes.
- ✓ Manter profissional responsável pela supervisão operacional durante todos os turnos de funcionamento, com autonomia para tomada de decisões e adoção imediata das providências necessárias à continuidade e qualidade dos serviços.
- ✓ Disponibilizar à Contratante, sempre que solicitado, a documentação relativa aos programas legais de saúde e segurança do trabalho, em conformidade com as Normas Regulamentadoras aplicáveis.
- ✓ Capacitar especificamente os profissionais responsáveis pelo gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, contemplando segregação, acondicionamento, coleta, transporte interno, utilização de EPIs e procedimentos de biossegurança.
- ✓ Assegurar que os treinamentos abordem, no mínimo, técnicas de limpeza e desinfecção de superfícies, higienização das ambulâncias, limpeza e desinfecção de equipamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar, biossegurança, prevenção da contaminação cruzada, utilização correta dos EPIs, manipulação de saneantes, gerenciamento de resíduos, normas de conduta e procedimentos operacionais padronizados.

- ✓ Responsabilizar-se pelo cumprimento das normas disciplinares, operacionais e de biossegurança estabelecidas pela Contratante.
- ✓ Designar supervisor operacional responsável pelo acompanhamento técnico das equipes, pela orientação dos colaboradores, pela realização de inspeções de qualidade e pela participação nas ações de educação permanente promovidas pela Contratante.
- ✓ Exercer controle permanente da assiduidade, pontualidade e desempenho dos colaboradores, adotando imediatamente as medidas necessárias para substituição de profissionais ausentes ou que apresentem conduta incompatível com a execução dos serviços.
- ✓ Manter seguro contra acidentes de trabalho para todos os empregados, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e demais obrigações legais decorrentes da execução contratual.
- ✓ Manter disciplina nos locais de trabalho, providenciando, quando solicitado pela Contratante, a substituição de qualquer colaborador cuja conduta, desempenho ou descumprimento das normas comprometa a adequada execução dos serviços.

Quanto à execução dos serviços

- ✓ Implantar, em conjunto com o gestor do contrato e a coordenação do SAMU 192, o planejamento, a execução, a supervisão e o monitoramento permanente dos serviços de limpeza e higienização, assegurando que sua operacionalização não interfira na continuidade das atividades assistenciais e administrativas.
- ✓ Executar os serviços de limpeza e higienização das Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais dependências, observando os procedimentos operacionais padronizados, as normas de biossegurança e a legislação sanitária vigente.
- ✓ Disponibilizar todos os materiais, saneantes domissanitários, equipamentos e utensílios necessários à adequada execução dos serviços, em quantidade e qualidade compatíveis com a demanda operacional.

- ✓ Assegurar a higienização concorrente das ambulâncias após cada atendimento e a limpeza terminal sempre que indicada pelos protocolos institucionais ou em situações de contaminação biológica, garantindo o retorno das viaturas às condições adequadas de operação.
- ✓ Executar a limpeza e desinfecção de mobiliários, superfícies, equipamentos, macas, dispositivos assistenciais reutilizáveis e demais áreas das bases operacionais, conforme procedimentos padronizados.
- ✓ Comunicar imediatamente e por escrito à Contratante qualquer ocorrência, irregularidade ou situação que possa comprometer a execução dos serviços ou representar risco à operação do SAMU 192.
- ✓ Prestar os esclarecimentos solicitados pela Contratante e adotar, com a maior brevidade possível, as medidas corretivas necessárias para solução das não conformidades identificadas.
- ✓ Apresentar relatório mensal das atividades executadas, contemplando treinamentos realizados, reciclagens, consumo de materiais, indicadores de desempenho, não conformidades identificadas, ações corretivas implementadas e demais informações solicitadas pela fiscalização do contrato.
- ✓ Assegurar a continuidade dos serviços durante toda a vigência contratual, adotando medidas para reposição imediata de profissionais em casos de ausência, afastamentos ou paralisações, sem qualquer ônus adicional para a Contratante.
- ✓ Manter o abastecimento contínuo dos sanitários, vestiários, áreas administrativas, salas de repouso e demais dependências com papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido e demais insumos de higiene necessários ao funcionamento do serviço.

Quanto aos produtos utilizados

- ✓ Utilizar exclusivamente saneantes domissanitários, desinfetantes e demais produtos regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observando as indicações de uso, diluição, armazenamento e segurança estabelecidas pelos fabricantes e pela legislação vigente.
- ✓ Adotar procedimentos adequados para utilização dos produtos, materiais e equipamentos, assegurando a correta limpeza e desinfecção das instalações, ambulâncias, mobiliários, superfícies e equipamentos utilizados na operação do SAMU 192.

- ✓ Disponibilizar à Contratante o Manual de Técnicas e Procedimentos de Limpeza e Higienização, contemplando os métodos operacionais, produtos empregados, critérios de utilização e protocolos de desinfecção adotados.
- ✓ Apresentar, sempre que solicitado, a documentação técnica dos produtos utilizados, incluindo registro na ANVISA, fichas de informações de segurança (FISPQ), fichas técnicas, recomendações de uso e demais documentos aplicáveis.
- ✓ Utilizar soluções desinfetantes com eficácia comprovada para as finalidades propostas, observando as recomendações da ANVISA e demais normas técnicas vigentes.
- ✓ Utilizar produtos preferencialmente prontos para uso ou, quando houver necessidade de diluição, adotar sistema padronizado e controlado, mantendo procedimentos documentados de preparo, identificação, armazenamento e rastreabilidade das soluções.
- ✓ Armazenar os produtos em local exclusivo, identificado, ventilado e adequado às especificações dos fabricantes, garantindo sua integridade, segurança e controle de acesso.
- ✓ Cumprir integralmente a legislação sanitária aplicável, especialmente a Lei Federal nº 6.360/1976, suas regulamentações e demais normas relacionadas ao registro, armazenamento, manipulação e utilização de saneantes domissanitários.

Quanto aos equipamentos e utensílios utilizados

- ✓ Identificar todos os equipamentos, materiais, e utensílios de sua propriedade; com número de patrimônio da contratada, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;
- ✓ Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, devidamente limpos e higienizados, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos à rede elétrica;
- ✓ Todos os carrinhos de limpeza deverão ter sistema duplo balde, bem como as cabeleiras de mopp deverão ter cores diferenciadas;
- ✓ Todos os materiais como: rodos, vassouras, escovas lavatinas, deverão ter cabos em alumínio e nada em madeira;

- ✓ Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos resíduos

- ✓ Realizar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em conformidade com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Contratante, observando a RDC ANVISA nº 222/2018, a Resolução CONAMA nº 358/2005, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e demais legislações federais, estaduais e municipais aplicáveis.
- ✓ Executar a segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna, transporte interno e armazenamento temporário dos resíduos gerados nas Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais dependências, respeitando a classificação dos resíduos e os procedimentos estabelecidos no PGRSS.
- ✓ Realizar o acondicionamento dos resíduos em recipientes e sacos apropriados para cada grupo de resíduo, devidamente identificados, observando os limites de capacidade recomendados, sem realizar o transbordo de resíduos entre recipientes e substituindo os sacos sempre que atingirem, no máximo, dois terços de sua capacidade ou quando apresentarem risco de ruptura.
- ✓ Utilizar equipamentos exclusivos para o transporte interno dos resíduos, providos de tampa, superfícies lisas, impermeáveis, laváveis, resistentes e de fácil higienização, assegurando a prevenção da contaminação cruzada durante todas as etapas do manejo.
- ✓ Executar a coleta dos resíduos provenientes das ambulâncias imediatamente após os procedimentos de higienização das viaturas, observando as normas de biossegurança e os protocolos institucionais para resíduos potencialmente infectantes e perfurocortantes.
- ✓ Capacitar continuamente os colaboradores responsáveis pelo manejo dos resíduos quanto às técnicas de segregação, utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes, condutas em caso de exposição a material biológico e demais procedimentos previstos na legislação e nos protocolos institucionais.

- ✓ Manter registros das atividades relacionadas ao gerenciamento dos resíduos, sempre que exigidos pela Contratante, assegurando a rastreabilidade dos processos e subsidiando as ações de fiscalização, monitoramento e melhoria contínua.

Fiscalização e Controle

Sem prejuízo da responsabilidade integral da Contratada pela execução dos serviços, a Contratante exercerá fiscalização permanente da execução contratual, diretamente ou por meio de representantes formalmente designados, visando assegurar a conformidade dos serviços com as especificações técnicas, normas sanitárias, requisitos contratuais e indicadores de qualidade estabelecidos.

Para tanto, poderá:

- ✓ Determinar a imediata substituição de qualquer colaborador da Contratada que esteja sem uniforme, identificação funcional ou Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), bem como daquele cuja conduta, desempenho ou permanência seja considerada incompatível com a adequada execução dos serviços.
- ✓ Solicitar, sempre que necessário, a apresentação da documentação trabalhista, previdenciária e de saúde e segurança ocupacional dos profissionais vinculados ao contrato, visando verificar a regularidade da prestação dos serviços e o cumprimento da legislação vigente.
- ✓ Determinar a substituição de saneantes domissanitários, materiais, equipamentos ou utensílios que não atendam às especificações técnicas, apresentem desempenho insatisfatório ou possam comprometer a segurança, a conservação das instalações ou a qualidade dos serviços executados.
- ✓ Realizar inspeções técnicas, auditorias, vistorias operacionais e avaliações periódicas nas Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais áreas abrangidas pelo contrato, verificando o cumprimento dos procedimentos operacionais e das normas de biossegurança.
- ✓ Avaliar mensalmente a execução dos serviços, mediante análise dos indicadores de desempenho, registros operacionais, checklists de inspeção e demais instrumentos de monitoramento previstos

contratualmente, podendo aplicar os descontos, glosas ou demais sanções cabíveis quando constatado o descumprimento das obrigações assumidas pela Contratada.

- ✓ Registrar as não conformidades identificadas, estabelecendo prazos para adoção das medidas corretivas e acompanhando a efetividade das ações implementadas, com vistas à melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Avaliação da Qualidade da Higiene e Limpeza

Introdução

Este procedimento está vinculado aos contratos de prestação de serviços de limpeza e integra as especificações técnicas como obrigação da Contratada e responsabilidade de fiscalização da Contratante. A avaliação deverá ser realizada periodicamente, gerando relatórios mensais que servirão como base para eventuais ajustes nos valores faturados, de acordo com a pontuação obtida.

Objetivo

Padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos serviços de higiene e limpeza, assegurando conformidade com as normas sanitárias e operacionais vigentes.

Regras Gerais

A avaliação será realizada pela análise dos seguintes módulos:

- ✓ Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
- ✓ Pessoal;
- ✓ Frequência de execução;
- ✓ Inspeção dos serviços nas áreas hospitalares.

Critérios de Avaliação

A avaliação será registrada em formulário próprio, atribuindo-se conceitos convertidos em pontuação:

- ✓ Muito Bom (3 pontos): Conformidade total dos critérios (ausência de poeira e sujidade; vidros e superfícies limpas; dispensadores abastecidos; recipientes de resíduos limpos, com sacos adequados e até 2/3 da capacidade; funcionário treinado, uniformizado e com EPI; uso de materiais padronizados; carrinho de limpeza limpo e organizado; adequação da sala de resíduos).

- ✓ Bom (2 pontos): Conformidade parcial dos critérios, com ocorrência isolada de falhas (poeira em local sem risco; lixeira fora do padrão; reabastecimento pontual não realizado).
- ✓ Regular (1 ponto): Desconformidade parcial dos critérios (poeira em diversos locais; múltiplas lixeiras fora do padrão; falhas recorrentes de reabastecimento; quebra de técnica de limpeza; saídas de ar-condicionado e móveis sujos; piso sujo ou molhado).
- ✓ Péssimo (0 ponto): Desconformidade total dos critérios (presença de sangue ou fluidos em superfícies; poeira em salas de procedimento; quebra de técnica; ausência ou uso incorreto de materiais, equipamentos e EPIs; recipientes de resíduos inadequados; sanitários e vestiários sujos; ausência de funcionário sem justificativa; piso sujo e escorregadio com risco de acidentes; não cumprimento do cronograma de limpeza sem comunicação prévia).

Emissão de Boletim Mensal

- ✓ As colaboradoras do Serviço de Higiene e Limpeza deverão preencher diariamente o formulário de vistoria, registrando todas as observações.
- ✓ Queixas técnicas ou operacionais feitas pelo cliente devem ser relatadas ao setor de Higiene e Limpeza (ATD), para análise conjunta com a empresa contratada e definição de estratégias corretivas imediatas.

Acompanhamento da Distribuição de Materiais de Higiene

O Coordenador Geral será responsável por acompanhar a distribuição e controle dos materiais de higiene, em articulação com o Almoxarifado. Mediante cota previamente estabelecida, deverão ser solicitadas entregas programadas de insumos, que incluem:

- ✓ Papel higiênico;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Sabonetes e antissépticos;
- ✓ Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos;
- ✓ Coletores para perfurocortantes;
- ✓ Dispensadores, toalheiros e suportes de papel.

Os materiais deverão ser estocados no depósito próprio, e distribuídos para os encarregados da empresa de limpeza conforme cotas definidas para cada área.

Estratégias de Controle:

- ✓ Monitoramento de queixas de usuários sobre falta, qualidade ou uso inadequado dos insumos;
- ✓ Visitas periódicas ao depósito para verificação de estoque e previsão de entrega;
- ✓ Registro de eventuais entregas não programadas;
- ✓ Parceria com usuários e colaboradores para assegurar o uso adequado dos materiais;
- ✓ Substituição de materiais em falta, seguindo critérios de qualidade e indicação;
- ✓ Realização de testes de novos insumos para cadastramento de fornecedores.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

A limpeza e higienização das Bases do SAMU, Central de Regulação e demais dependências administrativas e operacionais, consiste na remoção de sujidades e odores em superfícies inanimadas, utilizando meios mecânicos, físicos ou químicos, visando reduzir a carga microbiana e promover segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes.

Classificação das Áreas

- Áreas Críticas (CR): Ambientes com maior potencial de exposição a material biológico e contaminantes, que exigem procedimentos rigorosos de limpeza e desinfecção. Compreendem o compartimento assistencial das ambulâncias (USB e USA), áreas de descontaminação, expurgo, locais de armazenamento temporário de resíduos, áreas de limpeza de materiais e demais ambientes destinados ao atendimento ou apoio assistencial.
- Áreas Semicríticas (SC): Ambientes destinados ao apoio operacional, com circulação frequente de profissionais e possibilidade de contato indireto com materiais utilizados na assistência, exigindo rotinas regulares de limpeza e desinfecção. Incluem salas de repouso das equipes, salas de equipamentos, almoxarifados assistenciais, vestiários, copas e áreas de apoio operacional.
- Áreas Não Críticas (NC): Ambientes administrativos e de uso comum, com reduzido risco de contaminação biológica, destinados às atividades de suporte. Compreendem recepção, salas administrativas, salas de reunião, corredores administrativos, sanitários administrativos e demais áreas de

circulação interna.

- Áreas Administrativas (AD): Ambientes destinados às atividades de gestão, planejamento, regulação e apoio administrativo, incluindo a Central de Regulação Médica, setores administrativos, arquivo, almoxarifado administrativo, depósitos e demais dependências administrativas.
- Áreas Externas (AE): Espaços externos das Bases Operacionais, compreendendo acessos, calçadas, estacionamentos, pátios, garagens das ambulâncias, áreas de circulação de veículos, jardins e demais áreas externas sob responsabilidade da Contratada.

3. **Tipos de Limpeza**
   - **Limpeza Concorrente:** Realizada rotineiramente durante o funcionamento do serviço para manter as condições de higiene e organização das Bases Operacionais, Central de Regulação, áreas administrativas e ambulâncias, sem interromper as atividades assistenciais.
   - **Limpeza Terminal:** Executada de forma completa e programada, abrangendo todas as superfícies, mobiliários, equipamentos e compartimentos das ambulâncias ou ambientes das Bases Operacionais, sempre que prevista em cronograma ou após situações que exijam descontaminação completa.
   - **Limpeza Extraordinária:** Realizada imediatamente após derramamento de sangue, secreções, fluidos corporais, acidentes com material biológico, transporte de pacientes com doenças infectocontagiosas ou qualquer outra situação que represente risco de contaminação.
   - **Limpeza Úmida:** Executada com pano, mopp ou equipamento apropriado, utilizando solução detergente ou desinfetante conforme o tipo de superfície e protocolo institucional.
   - **Limpeza Molhada:** Procedimento realizado com lavagem e enxágue utilizando água e produtos específicos, aplicado em áreas compatíveis com essa técnica e durante limpezas programadas.
   - **Limpeza Seca:** Realizada por meio de varredura úmida, aspiração ou equipamentos específicos para remoção de partículas sólidas, especialmente em áreas administrativas e externas, evitando a dispersão de poeira.
   - **Desinfecção:** Processo complementar à limpeza destinado à redução da carga microbiana em superfícies, mobiliários, equipamentos assistenciais

e compartimentos das ambulâncias, utilizando desinfetantes regularizados pela ANVISA e observando o tempo de contato recomendado pelo fabricante.

FLUXO DE LIMPEZA – SAMU 192

Bases Operacionais, Central de Regulação e Ambulâncias

1. INÍCIO DO PROCESSO
Planejamento das atividades de limpeza e higienização conforme rotina e cronograma.

2. CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS
Identificação das áreas: Crítica, Semicrítica, Não Crítica, Administrativa e Externa.

3. DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS E FREQUÊNCIA
Definição das técnicas de limpeza e desinfecção conforme tipo de área e nível de risco.

4. EXECUÇÃO DA LIMPEZA
Realização da limpeza conforme o tipo definido: úmida, molhada, seca e desinfecção.

5. HIGIENIZAÇÃO DE AMBULÂNCIAS
Limpeza concorrente após cada atendimento e limpeza terminal sempre que indicada.

6. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS
Higienização de macas, equipamentos e materiais utilizados no atendimento pré-hospitalar.

7. REPOSIÇÃO DE INSUMOS
Reposição de materiais de higiene e limpeza em todas as áreas e viaturas.

8. COLETA E MANEJO DE RESÍDUOS
Segregação, acondicionamento, coleta e transporte interno dos resíduos conforme PGRSS e legislação vigente.

9. VERIFICAÇÃO E CONTROLE DA QUALIDADE
Inspeção das áreas e ambulâncias, registro de não conformidades e ações corretivas.

10. REGISTRO E RELATÓRIOS
Registro das atividades, indicadores de desempenho e emissão de relatórios periódicos.

11. FIM DO PROCESSO
Ambientes limpos, seguros e prontos para a operação do SAMU 192.

PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Finalidade e Objetivos

O serviço de limpeza e higienização das Bases do SAMU, Central de Regulação e demais dependências administrativas e operacionais tem como objetivo garantir, por meio de empresa especializada, a obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene em todas as áreas das Unidades, promovendo segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes, nos parâmetros das normas sanitárias, técnicas e trabalhistas vigentes.

Organização e Contratação

- Contratação de empresa especializada, responsável integral pela execução dos serviços, fornecimento de mão de obra qualificada, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas, utensílios e EPIs.
- Obrigação de apresentar todas as documentações exigidas (PCMSO, PPRA, registros na ANVISA, laudos de eficácia, ficha técnica dos produtos), treinamento do pessoal, controle de vacinação, uniformização e identificação funcional.
- Equipe dimensionada para todos os turnos, respeitando a escala e perfil técnico compatível (inclusive enfermeiro com conhecimentos em infecção hospitalar).

Gestão da Mão de Obra e Treinamento

- Seleção, capacitação e treinamento contínuo (admissional e reciclagem trimestral) dos funcionários, com relatório de conclusão, lista de presença e horas de treinamento.
- Treinamento específico para coleta de resíduos e limpeza, incluindo fundamentos de higiene, infecção hospitalar, uso correto de EPIs, normas de conduta, rotina de trabalho, princípios básicos de limpeza, comportamento, postura e rotinas de manejo de resíduos.
- Controle de assiduidade e pontualidade, seguro contra acidentes de trabalho, controle de conduta disciplinar e substituição imediata de funcionários não conformes.
- Participação do enfermeiro no processo de educação continuada e acompanhamento técnico dos processos.

Execução dos Serviços de Limpeza

- Planejamento, execução e supervisão permanente dos serviços, em conjunto com gestor do contrato, gestão da unidade e equipe responsável pela Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, sem interferir no funcionamento dos setores.
- Limpeza de áreas conforme classificação (críticas, semicríticas, não críticas, administrativas e externas), seguindo cronograma estabelecido e técnicas apropriadas para cada ambiente.
- Limpeza de mobiliário após altas, óbitos ou transferências; limpeza terminal e concorrente unidades críticas; produtos, recipientes e equipamentos diferenciados por cores conforme rotina.
- Execução conforme técnicas, frequência e procedimentos previstos em manual próprio de limpeza, com avaliação e aprovação do responsável técnico da contratante.

Materiais, Produtos e Equipamentos

- Utilização apenas de produtos autorizados, devidamente registrados na ANVISA, com documentação e laudo de eficácia.
- Implementação de manual de técnicas e procedimentos para avaliação e fiscalização.
- Equipamentos e utensílios identificados por patrimônio, limpos, higienizados e em boas condições de uso; substituição periódica de materiais danificados.
- Carrinhos duplos com cores diferenciadas, cabos metálicos em todos os utensílios, proibição de uso de madeira.
- Sistema de diluição dos produtos controlado e documentado, com restrição ao uso de hipoclorito de sódio diluído.

Coleta, Acondicionamento e Destino de Resíduos

- Coleta e manejo dos resíduos conforme Plano de Gerenciamento da Unidade, legislação vigente (ABNT, NBR), com registro e segregação por tipo e classe.
- Troca de sacos plásticos, utilização de recipientes apropriados fechados, transporte seguro e higiene dos equipamentos.
- Cumprimento rigoroso das normas de biossegurança e destinação final adequada, com controle, rastreabilidade e relatórios periódicos.

Fiscalização e Controle

- Fiscalização rigorosa da execução dos serviços pela contratante, podendo substituir funcionários, rejeitar produtos, exigir a retirada de funcionários e realizar vistorias a qualquer tempo.
- Controle dos documentos de pessoal, verificação de registros trabalhistas, controle de insumos e acompanhamento mensal da qualidade e execução dos serviços (boletim de avaliação).
- Avaliação periódica, registro em formulário próprio e apuração de pontuação conforme critérios técnicos (equipamentos, técnica, pessoal, frequência, inspeção).

Avaliação de Qualidade e Relatórios

- Inspeção diária, vistoria técnica, registro de queixas, elaboração de relatórios mensais de atividades (treinamento, reciclagem, consumo, admissões/demissões, reclamações e providências).
- Avaliação por módulos (equipamentos, técnica, pessoal, áreas) com pontuação, ajustando valores faturados conforme desempenho.

Controle e Distribuição de Materiais de Higiene

- Supervisão direta do abastecimento de materiais básicos: papel higiênico, papel toalha, sabonetes, antissépticos, sacos plásticos, recipientes de resíduos e coletores, com entregas programadas e controle rigoroso de estoque.
- Visitas periódicas ao depósito, testes e registro de fornecedores, monitoramento constante do uso adequado dos insumos.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

- Limpeza úmida, molhada, seca e desinfecção realizadas conforme rotina aprovada, frequência determinada para cada ambiente e revisão periódica dos métodos.
- Prioridade para redução de carga microbiana, controle de infecções, segurança assistencial e conforto ambiental.

O protocolo poderá sofrer alterações mediante a avaliação da gestão e de comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

Planejamento e Organização do Serviço de Limpeza e Higienização

O serviço de limpeza e higienização será planejado de forma a assegurar a manutenção das condições adequadas de limpeza, desinfecção, conservação e segurança sanitária das unidades de saúde, contribuindo para a prevenção de riscos, preservação do patrimônio público e promoção de ambientes seguros para usuários e profissionais.

O planejamento será realizado de forma integrada entre a gestão das unidades, a fiscalização do contrato e a empresa especializada, considerando a classificação dos ambientes, o fluxo de usuários, o horário de funcionamento dos serviços e a demanda de cada unidade, permitindo definir as rotinas de limpeza, a frequência das atividades, o dimensionamento das equipes e a programação dos recursos necessários.

A execução será acompanhada por meio de supervisões periódicas, avaliação da qualidade dos serviços e monitoramento das não conformidades, promovendo a melhoria contínua dos processos, em conformidade com os protocolos institucionais e a legislação sanitária vigente.

Áreas Abrangidas e Classificação dos Ambientes

As atividades de limpeza e higienização serão planejadas considerando as características operacionais das Bases Operacionais do SAMU 192, da Central de Regulação das Urgências, das ambulâncias e das demais áreas administrativas e de apoio, observando o respectivo risco sanitário e a finalidade de utilização de cada ambiente.

Para definição das rotinas operacionais, da frequência das atividades e dos métodos de limpeza e desinfecção, os ambientes serão classificados em áreas críticas, semicríticas, não críticas, administrativas e externas, possibilitando a adoção de procedimentos compatíveis com o nível de exposição a agentes biológicos, o fluxo de profissionais, veículos e materiais, bem como a necessidade de desinfecção das superfícies.

Essa classificação orientará o dimensionamento das equipes, a definição das técnicas de limpeza, a utilização dos saneantes domissanitários e o monitoramento da qualidade dos serviços, em conformidade com os protocolos institucionais, as normas de biossegurança e a legislação sanitária vigente.

Rotinas Operacionais de Limpeza e Higienização

As rotinas operacionais de limpeza e higienização serão executadas de forma padronizada, observando cronogramas previamente estabelecidos, classificação das áreas, protocolos institucionais e procedimentos operacionais padronizados, assegurando condições permanentes de limpeza, conservação, organização e segurança sanitária das Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais dependências sob responsabilidade da Contratada.

Os serviços compreenderão a limpeza concorrente, limpeza terminal e limpeza extraordinária, abrangendo pisos, paredes, portas, janelas, sanitários, mobiliários, salas administrativas, salas de repouso, almoxarifados, expurgos, garagens, áreas externas, compartimentos assistenciais das ambulâncias, cabines de condução, macas, equipamentos e demais superfícies utilizadas na operação do SAMU 192.

As ambulâncias deverão ser submetidas à limpeza concorrente após cada atendimento e à limpeza terminal sempre que indicada pelos protocolos institucionais, especialmente após ocorrências envolvendo material biológico, pacientes com doenças infectocontagiosas ou outras situações que demandem descontaminação completa da viatura.

A execução dos serviços seguirá sequência operacional padronizada, contemplando a preparação do ambiente, sinalização quando necessária, utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), emprego de materiais exclusivos por área, utilização de saneantes regularizados pela ANVISA, desinfecção das superfícies e destinação adequada dos resíduos, reduzindo o risco de contaminação cruzada e assegurando a efetividade dos procedimentos.

Sempre que identificadas intercorrências sanitárias, derramamento de sangue, secreções, fluidos corporais, acidentes com material biológico ou outras situações que possam comprometer a segurança dos profissionais ou a continuidade da operação, será realizada limpeza extraordinária imediata, observando os protocolos de biossegurança e restabelecendo as condições adequadas para utilização segura do ambiente ou da viatura.

Todas as atividades executadas serão registradas e acompanhadas pela supervisão operacional, permitindo o monitoramento da conformidade dos serviços, a rastreabilidade das ações realizadas, a identificação de oportunidades de melhoria e a implementação tempestiva das medidas corretivas.

Frequência das Atividades de Limpeza e Higienização

A frequência das atividades de limpeza e higienização será definida considerando a classificação das áreas, o volume de utilização dos ambientes, a intensidade da operação das ambulâncias, o fluxo de profissionais e o risco sanitário de cada local, observando cronogramas previamente estabelecidos e os protocolos institucionais.

As rotinas contemplarão atividades programadas em periodicidades compatíveis com as características das Bases Operacionais, da Central de Regulação e das áreas administrativas, bem como a higienização das ambulâncias após cada atendimento e a realização de limpezas extraordinárias sempre que identificadas situações que possam comprometer a segurança sanitária, a continuidade operacional ou as condições adequadas de funcionamento do serviço.

A programação será revisada periodicamente pela supervisão técnica e pela fiscalização do contrato, podendo ser ajustada em decorrência de alterações na demanda operacional, eventos de múltiplas vítimas, surtos epidemiológicos, reformas, manutenção predial ou outras situações que justifiquem a readequação das rotinas, assegurando a manutenção contínua das condições de limpeza, conservação e biossegurança das instalações e das viaturas.

Procedimentos e Técnicas de Limpeza

Os procedimentos de limpeza e higienização serão executados conforme protocolos operacionais padronizados, utilizando técnicas compatíveis com as características de cada ambiente, superfície, equipamento e viatura, considerando o respectivo risco sanitário e observando as normas da Vigilância

Sanitária, os princípios de biossegurança, as recomendações dos fabricantes e a legislação vigente.

Serão empregados métodos de limpeza concorrente, limpeza terminal, limpeza extraordinária, limpeza úmida, limpeza molhada, limpeza seca e desinfecção de superfícies, de acordo com a classificação das áreas e a finalidade de utilização dos ambientes. Esses procedimentos serão aplicados às Bases Operacionais, Central de Regulação, áreas administrativas, áreas de apoio e compartimentos assistenciais das ambulâncias, assegurando condições adequadas de higiene, conservação e segurança para usuários e profissionais.

A higienização das ambulâncias compreenderá a limpeza e desinfecção do compartimento assistencial, cabine de condução quando necessária, macas, suportes, mobiliários, superfícies de contato frequente e equipamentos reutilizáveis empregados no atendimento pré-hospitalar, observando os protocolos institucionais e sendo realizada após cada atendimento ou sempre que houver risco de contaminação biológica.

Os materiais, equipamentos e utensílios utilizados na limpeza serão exclusivos para cada tipo de área, devidamente identificados e organizados, de forma a prevenir a contaminação cruzada e assegurar maior eficiência na execução dos serviços.

Os saneantes domissanitários empregados deverão possuir regularização junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo utilizados conforme suas especificações técnicas, diluições recomendadas, tempo de contato, condições de armazenamento e critérios de segurança estabelecidos nos protocolos institucionais.

A execução dos procedimentos será acompanhada por supervisão técnica, mediante inspeções periódicas e registros operacionais, assegurando a padronização das atividades, a rastreabilidade das ações executadas e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Recursos Humanos Envolvidos

A execução dos serviços será realizada por empresa especializada, com equipe devidamente dimensionada para atender às necessidades das Bases

Operacionais, da Central de Regulação das Urgências, das ambulâncias e das demais áreas administrativas e de apoio do SAMU 192, durante todo o período de funcionamento do serviço, observando o volume operacional, a classificação das áreas e as características da operação assistencial.

Os profissionais deverão receber capacitação inicial antes do início das atividades e participar de programas periódicos de educação permanente, contemplando técnicas de limpeza e desinfecção, higienização de ambulâncias, biossegurança, utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, manipulação segura de saneantes domissanitários e demais procedimentos relacionados às atividades desenvolvidas.

A supervisão técnica operacional será exercida por profissional designado pela empresa contratada, responsável pelo acompanhamento das equipes, distribuição das atividades, verificação do cumprimento dos cronogramas, orientação técnica, inspeção da qualidade dos serviços e adoção imediata das medidas necessárias para correção das não conformidades identificadas.

Supervisão e Controle da Qualidade

A qualidade dos serviços de limpeza e higienização será monitorada continuamente por meio de supervisões técnicas, inspeções periódicas, checklists operacionais e acompanhamento sistemático da execução das atividades, verificando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, da frequência programada e dos padrões de qualidade definidos para as Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais áreas abrangidas pelo contrato.

As avaliações contemplarão aspectos relacionados à execução das técnicas de limpeza e desinfecção, higienização das ambulâncias, utilização adequada dos produtos, materiais e equipamentos, abastecimento dos insumos de higiene, organização dos ambientes, cumprimento das normas de biossegurança, utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual

(EPIs) e conformidade com os protocolos institucionais, permitindo identificar oportunidades de melhoria e corrigir eventuais desvios operacionais.

As não conformidades identificadas serão registradas, analisadas e tratadas mediante definição de ações corretivas, acompanhamento dos resultados e reavaliação dos processos, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Biossegurança

As atividades de limpeza e higienização serão executadas em conformidade com os princípios de biossegurança, adotando medidas destinadas à proteção dos profissionais, usuários, pacientes e do meio ambiente, reduzindo os riscos de exposição a agentes biológicos, químicos e físicos durante a execução dos serviços.

Todos os profissionais envolvidos utilizarão os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) compatíveis com as atividades desempenhadas, observando as normas de segurança do trabalho, os protocolos institucionais e a legislação vigente. As equipes receberão treinamento inicial e capacitações periódicas sobre higiene das mãos, utilização correta dos EPIs, limpeza e desinfecção das ambulâncias, manipulação segura dos saneantes domissanitários, prevenção da contaminação cruzada, gerenciamento de resíduos e condutas diante de acidentes envolvendo material biológico.

Os procedimentos de limpeza observarão a segregação dos materiais por área de utilização, a identificação dos equipamentos e utensílios, a utilização de produtos regularizados junto à ANVISA e o cumprimento das rotinas de limpeza e desinfecção estabelecidas para cada ambiente e para as ambulâncias, contribuindo para a manutenção de condições seguras durante toda a execução dos serviços.

Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

O gerenciamento dos resíduos gerados durante as atividades de limpeza e higienização observará as diretrizes estabelecidas no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Contratante, bem como a

legislação sanitária e ambiental vigente, assegurando a segregação, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno e armazenamento temporário dos resíduos gerados nas Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais dependências do SAMU 192.

A coleta interna será realizada utilizando recipientes e equipamentos específicos para cada grupo de resíduos, respeitando sua classificação, os limites de acondicionamento dos sacos coletores, os fluxos definidos para circulação interna e os procedimentos destinados à prevenção de acidentes, contaminação cruzada e exposição ocupacional.

Os resíduos provenientes da higienização das ambulâncias e dos materiais utilizados no atendimento pré-hospitalar serão manejados de acordo com os protocolos institucionais de biossegurança e com a legislação aplicável, garantindo a proteção dos profissionais e a adequada destinação dos resíduos.

As equipes receberão capacitação periódica sobre segregação, acondicionamento, transporte interno, utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes e demais procedimentos relacionados ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, assegurando conformidade com as normas institucionais e reduzindo riscos ocupacionais, sanitários e ambientais.

Fluxo Integrado de Limpeza e Higienização

O processo de limpeza e higienização será executado de forma integrada, padronizada e contínua, assegurando a manutenção das condições de limpeza, desinfecção e biossegurança das Bases Operacionais, da Central de Regulação, das ambulâncias e das demais áreas de apoio, garantindo a continuidade da operação, a segurança dos profissionais e usuários e a rastreabilidade das atividades realizadas.

O fluxo operacional compreenderá as seguintes etapas:

Planejamento das Atividades → Classificação da Área ou Viatura → Definição da Técnica de Limpeza → Preparação dos Materiais e Equipamentos → Execução da Limpeza e Desinfecção → Higienização das

Ambulâncias e Equipamentos Assistenciais (quando aplicável) → Gerenciamento dos Resíduos → Reposição dos Insumos de Higiene → Inspeção e Liberação da Área ou Viatura → Registro das Atividades → Tratamento das Não Conformidades → Monitoramento e Melhoria Contínua.

Esse fluxo permitirá o acompanhamento sistemático das atividades, a padronização dos procedimentos, o controle da qualidade dos serviços prestados e a adoção tempestiva de ações corretivas, assegurando ambientes limpos, seguros e em conformidade com os padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e pelos protocolos institucionais.

GOVERNANÇA DO SERVIÇO

Com o objetivo de assegurar a eficiência operacional, a padronização dos processos e a melhoria contínua dos serviços de limpeza e higienização, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo de governança baseado na definição clara de responsabilidades, supervisão permanente, monitoramento sistemático dos resultados e integração entre a empresa contratada, a Coordenação do SAMU 192, a gestão do contrato e a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde.

Essa estrutura garantirá adequada coordenação das atividades, agilidade na tomada de decisões, tratamento tempestivo das não conformidades e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados nas Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais áreas abrangidas pelo contrato.

A seguir, apresenta-se a matriz de responsabilidades que orientará a gestão, a execução e o acompanhamento dos serviços durante toda a vigência contratual.

Responsável	Principais atribuições

Empresa contratada	Executar os serviços de limpeza e higienização, disponibilizar mão de obra, materiais, equipamentos e saneantes, bem como realizar a gestão operacional das equipes alocadas ao contrato.
Preposto da empresa contratada	Representar a empresa perante a Contratante, organizar a execução dos serviços, distribuir as atividades, acompanhar a qualidade da execução, registrar ocorrências e adotar providências para correção das não conformidades.
Coordenação do SAMU 192	Acompanhar a execução dos serviços, validar as demandas operacionais, comunicar ocorrências e atuar em conjunto com a fiscalização contratual para assegurar a continuidade da operação.

Monitoramento e Melhoria Contínua

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará metodologia sistemática de monitoramento dos serviços de limpeza e higienização, visando assegurar a conformidade dos processos, a qualidade dos serviços prestados e a manutenção das condições adequadas de limpeza e biossegurança das Bases Operacionais, Central de Regulação, ambulâncias e demais áreas de apoio.

O acompanhamento será realizado por meio de supervisões técnicas, inspeções periódicas, auditorias internas, checklists operacionais e análise de indicadores de desempenho, permitindo avaliar o cumprimento das rotinas estabelecidas, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações corretivas sempre que constatadas não conformidades.

Como instrumento de gestão, serão monitorados, entre outros, os seguintes indicadores:

Indicador	Objetivo
Cumprimento do cronograma de limpeza	Verificar a execução das rotinas programadas.
Índice de conformidade das inspeções	Avaliar a qualidade dos serviços executados.

Tempo de atendimento das limpezas extraordinárias	Monitorar a agilidade no atendimento das demandas emergenciais.
Tempo de liberação das ambulâncias após higienização	Monitorar a disponibilidade operacional das viaturas.
Índice de não conformidades	Identificar desvios operacionais e oportunidades de melhoria.
Percentual de ações corretivas concluídas	Avaliar a efetividade das ações corretivas implementadas.
Participação das equipes em capacitações	Monitorar a adesão às ações de educação permanente.
Percentual de abastecimento dos insumos de higiene	Verificar a disponibilidade contínua dos materiais necessários à execução dos serviços.

- **Educação Permanente das Equipes**

A qualificação permanente dos profissionais constitui instrumento essencial para assegurar a qualidade, a segurança e a padronização dos serviços de limpeza e higienização desenvolvidos nas Bases Operacionais, Central de Regulação e ambulâncias do SAMU 192.

A empresa contratada deverá promover treinamento admissional antes do início das atividades e realizar capacitações periódicas durante toda a vigência contratual, observando o Plano de Educação Permanente e as necessidades identificadas pela fiscalização do contrato.

Os programas de capacitação contemplarão, entre outros temas:

- técnicas de limpeza e desinfecção de superfícies;
- higienização das ambulâncias e dos equipamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar;
- biossegurança e prevenção da contaminação cruzada;
- utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- manipulação, preparo e utilização segura dos saneantes domissanitários;
- gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- prevenção de acidentes de trabalho;
- procedimentos operacionais padronizados (POPs);
- atualização das normas sanitárias e institucionais aplicáveis ao serviço.

Sempre que forem identificadas não conformidades, alterações nos procedimentos operacionais, atualização da legislação ou necessidades

decorrentes da avaliação dos indicadores de desempenho, serão promovidas capacitações específicas, assegurando a atualização contínua das equipes e a melhoria permanente da qualidade dos serviços prestados.

Plano de Contingência para Intercorrências

Com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços e minimizar impactos à operação do SAMU 192, serão adotadas medidas de contingência para situações extraordinárias que possam comprometer a execução das atividades de limpeza e higienização.

Dentre as principais situações contempladas destacam-se derramamento de sangue e outros fluidos corporais, acidentes com material biológico, aumento da demanda decorrente de surtos epidemiológicos, eventos com múltiplas vítimas, indisponibilidade de profissionais, desabastecimento de materiais e saneantes, interrupções no fornecimento de energia elétrica, manutenções emergenciais das instalações e demais ocorrências que possam comprometer as condições de higiene e biossegurança das Bases Operacionais, da Central de Regulação, das ambulâncias e das áreas de apoio.

Nessas situações, o preposto da empresa contratada adotará as medidas necessárias para reorganização das atividades, priorização das áreas e viaturas críticas, reposição de materiais e acionamento dos protocolos institucionais aplicáveis, garantindo o restabelecimento das condições operacionais no menor tempo possível e reduzindo os riscos aos profissionais e à continuidade dos serviços.

Integração com a Vigilância em Saúde, Biossegurança e Gerenciamento de Resíduos

Os serviços de limpeza e higienização serão desenvolvidos de forma integrada aos processos institucionais relacionados à Vigilância em Saúde, à Biossegurança, ao Gerenciamento de Riscos Ocupacionais e ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), contribuindo para a manutenção de ambientes e ambulâncias em condições adequadas de higiene, organização e segurança.

A comunicação permanente entre o preposto da empresa contratada, a Coordenação do SAMU 192, os responsáveis pela fiscalização contratual e as equipes assistenciais permitirá a identificação precoce de situações que demandem intervenções imediatas, tais como intercorrências sanitárias, acidentes com material biológico, aumento da demanda operacional, eventos com múltiplas vítimas, surtos epidemiológicos, reformas ou outras ocorrências que possam comprometer as condições de limpeza e biossegurança.

As atividades serão executadas em conformidade com os protocolos institucionais de biossegurança, gerenciamento de resíduos, segurança do trabalho, gerenciamento de riscos e demais normas aplicáveis, assegurando que os procedimentos de limpeza e desinfecção contribuam para a redução dos riscos sanitários e para a manutenção das condições adequadas de funcionamento do serviço.

Sempre que identificadas oportunidades de melhoria ou não conformidades relacionadas às condições ambientais ou à execução dos serviços, estas serão comunicadas à Coordenação do SAMU 192 e ao Fiscal do Contrato para avaliação conjunta, definição das ações corretivas e acompanhamento da efetividade das medidas implementadas.

A Irmandade estimulará a cultura de responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais envolvidos, reconhecendo que a manutenção de ambientes e ambulâncias limpos, organizados e seguros constitui requisito essencial para a qualidade da assistência pré-hospitalar, para a proteção dos trabalhadores, para a segurança dos usuários e para a adequada conservação do patrimônio público.

Considerações Finais

A proposta de organização dos serviços de limpeza e higienização apresentada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo foi estruturada para assegurar elevado padrão de qualidade, eficiência operacional, biossegurança e conformidade com a legislação sanitária vigente, contemplando planejamento, execução, supervisão, monitoramento e melhoria contínua dos processos.

A metodologia proposta prioriza a padronização das rotinas, a qualificação permanente das equipes, o monitoramento por indicadores, o tratamento sistemático das não conformidades e a integração com os processos operacionais do SAMU 192, contribuindo para a manutenção das condições adequadas de higiene das Bases Operacionais, da Central de Regulação, das ambulâncias e das áreas de apoio.

As diretrizes apresentadas constituem a metodologia gerencial a ser adotada durante a execução contratual, podendo ser ajustadas e aperfeiçoadas após o início da operação, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, observadas as necessidades do serviço, os protocolos institucionais e as atualizações da legislação aplicável.

6.1.3 A.3. Implantação de Logística de Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço.

Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial. Partindo desse princípio, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo divide o setor de logística de suprimentos em três departamentos, sendo eles: compras, almoxarifado e farmácia.

Setor de Compras

O processo de compras e contratação de serviços e obras, ocorre com o ordenamento legal e premissas do Regulamento de Política de Compras, Contratação de Obras e Serviços, transcrito abaixo.

As modalidades são:

- Convites;
- Tomada de preço;
- Concorrência;
- Registro de preço;
- BEC (bolsa eletrônica); e
- Pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra. As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, as equipes técnicas especializadas das Unidades participarão da avaliação dos produtos no processo de compras, onde ocorre quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade, visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e testes com o material para avaliação da qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Material e Suprimentos.

A Central de Compras e Suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

Atividades de Compras e Suprimentos

- Desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;
- Examinar as solicitações de compras;
- Preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;
- Analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;
- Definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;
- Solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;
- Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando a Gerência eventuais irregularidades cometidas;
- Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque.

Preparar:

- O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento das Unidades;

- A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica;
- Zelar pela conservação dos materiais em estoque.

Atividades em relação à Gestão de Contratos

Analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;

Elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;

Auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;

Controlar e acompanhar a prestação de contas;

Preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para as Unidades e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

- ✓ Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;
- ✓ Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;
- ✓ Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- ✓ Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;
- ✓ Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;
- ✓ Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

- ✓ Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;
- ✓ Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;
- ✓ Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;
- ✓ Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

- ✓ Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;
- ✓ Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;
- ✓ Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.
- ✓ Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

- ✓ O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente;
- ✓ Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos;
- ✓ Nas licitações, na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou

documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- ✓ Caução em dinheiro;
- ✓ Fiança bancária;
- ✓ Seguro-garantia.

- ✓ O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório;
- ✓ As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos;
- ✓ Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados;
- ✓ A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório;

- ✓ Perda do direito à contratação;
- ✓ Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- ✓ Suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

- Solicitação de Compras devidamente autorizada;
- Seleção de Fornecedores;
- Apuração da Melhor Oferta;
- Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
- Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

- Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

- ✓ Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
- ✓ Forma de pagamento;
- ✓ Prazo de entrega;
- ✓ Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
- ✓ Durabilidade do produto;
- ✓ Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- ✓ Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
- ✓ Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- ✓ Assistência técnica;

- ✓ Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

Compras com valor estimado a partir de R$ 1.001,00 (um mil e um reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

Compras com valor estimado abaixo de R$ 1.000,00 (um mil reais) - Mínimo de 01 (uma) cotações de fornecedor, registradas em mapa de cotações ou "Ata de Realização", devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita do fornecedor por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

- Uma via para o fornecedor;
- Uma via para o Setor requisitante;
- Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa/Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres, perícias e avaliações em geral;

- Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual/físico, paralelamente também há o controle/registro eletrônico de todas as compras e contratações da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo aplicáveis para gestão das Unidades.

Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo/ contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Assistencial envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão de cada Unidade além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

Proposta de Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços

CAPÍTULO I
FINALIDADE

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade normatizar as ações dos Serviços de Compras, bem como estabelecer critérios para a contratação de serviços, além de garantir os princípios da moralidade, economicidade e impessoalidade, além do princípio da isonomia, consagrado no Art. 5º, caput, da Constituição Federal onde "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza".

Art. 2º - Caracterizamos como compra qualquer aquisição remunerada de materiais de consumo, equipamentos médicos, mobiliário, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas.

CAPÍTULO II
DAS COMPRAS

Art. 3º - As compras serão realizadas por profissional habilitado, contratado pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SBC que terá suas atribuições e competências descritas no Manual do Fornecedor (item 5.2.1.1.3.).

Art. 4º - As compras de produtos consumíveis serão efetuadas após cotação de preços e autorizadas pela direção local no tocante a preços, quantidade e qualidade dos produtos. As cotações poderão ser realizadas via fone, fax e/ou meio eletrônico (e-mail, comunidade de compras ou Portal Eletrônico).

CAPÍTULO III
DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRAS

Art. 5º - Para a aquisição de bens e serviços, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- Emissão da solicitação de compras;
- Seleção de fornecedores;
- Apuração da melhor oferta - preço, condições de pagamento, condições logísticas de atender ao pedido em termos da quantidade, da qualidade e o prazo de entrega;
- Emissão da ordem de fornecimento ou de compra (O.F/O.C.);
- Aprovação da compra pelo gestor/diretor; e
- Confirmação da compra com fornecedores.

Art. 6º - As solicitações de compra deverão partir das unidades de serviços, contendo as seguintes informações:

- Descrição do bem ou serviço a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime da compra: rotina ou urgência.

Parágrafo único: As compras dos bens de uso frequente, isto é, os de rotina e os padronizados, partirão sempre das unidades de estoque.

Art. 7º - Será considerado regime de compra urgente, a aquisição de material e/ou serviço com imediata necessidade de utilização.

Parágrafo único: As unidades de serviços requisitantes deverão justificar, por escrito, a compra de urgência com autorização da administração local.

Art. 8º - A seleção de fornecedores de bens e serviços deverá ser criteriosa, levando se em consideração a idoneidade, a qualidade dos materiais ou dos serviços oferecidos, os preços, assim como garantia de entrega, facilidade de manutenção, facilidade de reposição e disponibilidade de atendimento de urgência, quando necessária.

Parágrafo único: O serviço pode, a qualquer tempo, desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito a indenização ou reembolso, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade financeira e técnica ou comprometa sua capacidade de produção, relativo à entrega e qualidade dos produtos.

Art. 9º - Para a apuração do melhor preço deverão ser cotados, no mínimo 03 (três) fornecedores, quando as compras tiverem um valor acima de R$ 1.000,00 (um mil reais).

§1° - Para as compras realizadas em regime de urgência sempre que possível, serão feitas 02 (duas) cotações, via telefônica, ou meio eletrônico, sempre com aprovação do gestor/diretor da instituição.

§2° - Fica excluído de cotação, quando o bem ou serviço, possa ser fornecido por um único fornecedor EXCLUSIVO, em face de especificação existente, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade.

Art. 10º - Deverá ser apresentado ao gestor/diretor da instituição para aprovação de compra, o processo com quadro de preço, orçamentos além do pedido de compras e justificativas.

Parágrafo único: As cotações serão sempre apresentadas pelos fornecedores por escrito, por meio eletrônico e contendo nome do contato, telefone, endereço e logotipo das empresas. Devendo as mesmas ser arquivadas no Serviço de Compras, pelo prazo de 03 (três) anos.

SEÇÃO I
DAS COMPRAS DE PEQUENO VALOR

Art. 11º - Serão consideradas compras de pequeno valor, as aquisições feitas até o valor máximo de R$ 1.000,00 (um mil reais) necessitando de apenas um orçamento acompanhado do pedido e justificativa do solicitante.

Art. 12º - As compras acima de R$ 1.001,00 (um mil e um reais) deverão ter três orçamentos, exceto fornecedores exclusivos/fabricante e ou compras emergenciais com justificativa.

SEÇÃO II
DAS COMPRAS DE MATERIAL ESTOCÁVEIS E NÃO ESTOCÁVEIS

Art. 13º – Estocáveis - Serão realizadas através de meio eletrônico e ou portal eletrônico homologado pela instituição, considerados pelo melhor preço levando em consideração a melhor condição comercial para a instituição.

NOTA: No caso de fabricante ou fornecedor exclusivo poderá ter somente um orçamento.

SEÇÃO III
DA CONTRATAÇÃO DE OBRA E BENS MÓVEIS

Art. 14º - Para fins do presente Regulamento, considera-se serviço toda construção, reforma, ampliação, fabricação, recuperação, manutenção, reparos realizados com mão-de-obra própria da instituição, de terceiros, pessoa física ou jurídica e locações.

SEÇÃO IV
MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO

Art. 15º - As modalidades de Contratação obedecerão aos seguintes critérios:

1. DA CONTRATAÇÃO DE OBRA, SERVIÇOS E BENS MÓVEIS

1.1 OBRA E BENS MÓVEIS

- Procedimentos de contratação direta, que consiste em contratar mediante simples pesquisa de mercado (três orçamentos), observando limite de até R$ 40.000 (quarenta mil reais).

- Procedimentos de contratação mediante carta convite consiste em convocar por escrito três interessados previamente cadastrados e que apresentem suas propostas em até três dias após convite observando o limite de R$ 40.001 (quarenta mil e um reais) a R$ 60.000 (sessenta mil reais).
- Procedimento de contratação mediante tomada de preço que consiste em recebimento de propostas de pelo menos três interessados que estiverem cadastrados pelo menos três dias antes da data designada para o recebimento das propostas, de acordo com o estabelecido em um Edital, que será publicado no site da instituição ou mural do local, observando o limite de acima de R$ 60.001 (sessenta mil e um reais).

Parágrafo único: Nas implantações poderá ser realizado no mínimo três (3) cotações no mercado conforme memorial descritivo, esta contratação tem prazo de 90 dias. Após este prazo poderá ser realizado o procedimento III.

Art. 16º - Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos e executivos, bem como o cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado, e ainda:

- Projeto-básico - conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento e que possibilite a avaliação do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução.
- Projeto executivo - conjunto de elementos necessários e suficientes a execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, cronograma físico-financeiro - documento contendo a

previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Art. 17º - Na elaboração dos projetos básicos e executivo deverão ser considerados os seguintes requisitos:

- Segurança;
- Funcionalidade e adequação ao interesse público;
- Economia na execução, conservação e operação;

- Economia na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou do serviço;
- Acessibilidade;
- Adoção das normas técnicas adequadas; e
- Avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução.

Art. 18º - Os processos de contratação de empresa quando a modalidade for Tomada de Preço deverão obedecer às seguintes etapas:

- Publicação;
- Seleção;
- Aprovação técnica;
- Apuração da melhor proposta;
- Celebração do contrato;

Art. 19º - Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverão ser considerados o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade, prazo de entrega e o menor custo.

Art. 20º - As empresas participantes deverão apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, através de um cronograma de execução da obra e o custo total. Deverão ainda, apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do contrato social registrado na junta comercial ou no órgão competente; • Certidões públicas de inexistência de débito (municipais, estaduais, federais, INSS, FGTS);
- Certidão forense (certidões da Justiça Federal, Comum de distribuições Cíveis, executivos fiscais, falência, recuperação judicial e protesto);
- Apresentação da inscrição junto ao CREA.

Parágrafo único: Somente poderão participar da seleção as empresas que atenderem a todos os requisitos do presente inciso.

Art. 21º - O contrato de empreitada regular-se-á pelas leis do direito civil e pelos princípios da teoria Política de contratos.

Art. 22º - A execução da obra deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pela instituição de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificação previstas no contrato e no projeto de execução.

Art. 23º - Caberá ao gestor da obra:

- Rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;
- Verificar se os valores cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados e prazos estabelecidos;
- Acompanhar o ritmo de execução da obra;
- Emitir parecer final ao término da obra.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º - Como todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida ou excepcionalmente, em compras de pequeno valor, recibo datado e assinado, no valor total da compra.

Art. 25º - Os valores estabelecidos nos Artigos 12 e 18 deste Regulamento poderão, periodicamente, ser revistos e atualizados, pelos gestores/diretores da instituição.

Parágrafo único: Fica vedado o favorecimento, em contratações de serviços, contratações de pessoal e compras, estabelecendo relacionamentos comerciais com parentes, familiares e amigos, pessoas ou organizações que já mantiveram outros vínculos profissionais com os dirigentes da entidade, em consonância ao disposto em manuais de repasse ao terceiro setor, do tribunal de Contas do estado de São Paulo SP.

Art. 26º - Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pelos gestores/diretores da instituição.

Art. 27º - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, após a assinatura do contrato de gestão, um Regulamento de Compras Oficial, que estabelecerá critérios, diretrizes e procedimentos padronizados para todos os processos de aquisição de bens, materiais e serviços.

Esse regulamento será de observância obrigatória e terá como objetivo assegurar transparência, eficiência, economicidade e conformidade legal, promovendo a utilização responsável dos recursos e garantindo que todas as aquisições estejam alinhadas às necessidades assistenciais e administrativas da Instituição.

Da Distribuição de Materiais

O almoxarifado/Estoque das Unidades serão responsáveis pelo correto fluxo de recebimento dos materiais, correto armazenamento, controle de estoque, e sua movimentação, distribuição para as áreas de atendimento ao paciente e as áreas de apoio como: Lavanderia, Rouparia, Hotelaria, Manutenção Predial, Manutenção de equipamentos, Conservação e Limpeza, Tecnologia de Informação, e outros. Atuamos em conformidade com as Regulamentações que dispõe sobre as boas práticas de distribuição,

armazenagem de Medicamentos e materiais. O setor fará a gestão da distribuição dos materiais a serem distribuídos nas diversas áreas. Esse controle deverá ser realizado através de formulários eletrônicos, onde o colaborador fará a checagem e acompanhamento das demandas de cada setor da Unidade.

O fluxo de funcionamento do almoxarifado está apresentado no item 6.1.8. A.8. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

6.1.3.1 Fluxo de Logística de Suprimentos

O fluxo de logística de suprimentos compreende o conjunto de processos integrados responsáveis por assegurar o abastecimento contínuo das unidades de saúde, desde o planejamento das necessidades até a disponibilização dos materiais para utilização pelas equipes assistenciais e administrativas. Sua estruturação permite que todas as etapas sejam executadas de forma padronizada, rastreável e monitorada, promovendo maior eficiência operacional, racionalização dos recursos, segurança na movimentação de materiais e continuidade da assistência.

Em consonância com a Política Institucional de Compras e Suprimentos e com o Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, o fluxo logístico será desenvolvido de forma integrada entre os setores de Compras, Almoxarifado, Farmácia e áreas requisitantes, contemplando as etapas de planejamento do abastecimento, aquisição, recebimento e armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição, mecanismos de controle e rastreabilidade, monitoramento do consumo e prevenção de desabastecimento, garantindo a disponibilidade dos medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços previstos no Contrato de Gestão.

Planejamento do Abastecimento

O planejamento do abastecimento constitui a etapa inicial do fluxo de logística de suprimentos e tem por finalidade assegurar a disponibilidade contínua de medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários ao funcionamento das unidades de saúde, em quantidades compatíveis com a demanda assistencial e administrativa, evitando desabastecimentos, aquisições emergenciais, desperdícios e formação de estoques excessivos.

A programação do abastecimento será realizada de forma integrada entre as áreas de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Coordenações Assistenciais e Coordenação Administrativa, considerando o histórico de consumo, o perfil epidemiológico da população assistida, o dimensionamento das equipes, a produção contratual, a sazonalidade dos serviços, os prazos médios de fornecimento, a criticidade dos insumos e a capacidade de armazenamento das unidades.

Serão estabelecidos parâmetros de estoque mínimo, estoque máximo, estoque de segurança e ponto de ressuprimento para os principais grupos de materiais, permitindo que o planejamento das aquisições ocorra de forma antecipada e compatível com as necessidades operacionais. Esses parâmetros serão periodicamente reavaliados, sempre que houver alterações na demanda assistencial, implantação de novos serviços, atualização das metas contratuais ou identificação de mudanças no perfil de consumo.

O planejamento contemplará ainda o monitoramento dos materiais estratégicos e de alta criticidade, possibilitando a adoção de medidas preventivas para manutenção da continuidade operacional dos serviços e garantindo o adequado abastecimento das unidades durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

Aquisição

A aquisição de medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços será realizada em conformidade com a Política Institucional de Compras e Suprimentos da Irmandade da Santa Casa

de Misericórdia de São Bernardo do Campo, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, transparência, competitividade e rastreabilidade dos processos.

O processo de aquisição será iniciado a partir das necessidades identificadas no planejamento de abastecimento e das solicitações formalizadas pelos setores competentes, sendo conduzido mediante procedimentos padronizados de cotação, análise técnica e comercial, qualificação de fornecedores, negociação e formalização das contratações, garantindo a seleção da proposta mais vantajosa para a execução do Contrato de Gestão.

As aquisições observarão critérios técnicos relacionados à qualidade, conformidade regulatória, registro sanitário quando aplicável, capacidade de fornecimento, desempenho histórico dos fornecedores, prazos de entrega e atendimento às especificações previamente definidas, assegurando que os produtos adquiridos atendam aos requisitos necessários para utilização nas unidades de saúde.

Situações excepcionais decorrentes de aumento inesperado da demanda, desabastecimento de mercado ou outras intercorrências assistenciais poderão ensejar processos de aquisição extraordinária, observando os procedimentos institucionais vigentes, de forma a garantir a continuidade da assistência sem prejuízo aos mecanismos de controle e governança.

Recebimento e Armazenamento

Após a conclusão do processo de aquisição, os materiais serão submetidos às rotinas de recebimento e armazenamento previstas nos procedimentos institucionais, assegurando a conferência documental, quantitativa e qualitativa dos produtos antes de sua incorporação ao estoque.

O recebimento contemplará a verificação da conformidade entre os materiais entregues e os documentos de aquisição, incluindo especificações técnicas, quantidades, fabricante, lote, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte e demais requisitos aplicáveis. Havendo

qualquer inconformidade, serão adotadas as providências administrativas cabíveis para devolução, substituição ou regularização junto ao fornecedor.

Após a aprovação do recebimento, os materiais serão registrados no sistema informatizado e encaminhados às áreas de armazenamento conforme sua natureza, observando critérios de organização física, identificação, segregação, condições ambientais, segurança patrimonial e requisitos específicos de conservação.

A organização dos estoques observará metodologias que privilegiem a adequada rotatividade dos produtos, priorizando a utilização dos materiais com menor prazo de validade, mantendo a rastreabilidade dos lotes e preservando a qualidade dos insumos durante todo o período de armazenamento.

Controle de Estoque

O controle de estoque será realizado de forma contínua por meio de sistema informatizado integrado, permitindo o acompanhamento em tempo real das entradas, saídas, transferências, devoluções, ajustes, perdas e saldos disponíveis, assegurando a rastreabilidade das movimentações e a confiabilidade das informações gerenciais.

O gerenciamento dos estoques observará parâmetros previamente definidos para estoque mínimo, estoque máximo, estoque de segurança e ponto de reposição, possibilitando o monitoramento permanente da disponibilidade dos materiais e a programação tempestiva das aquisições. Esses parâmetros serão revisados periodicamente de acordo com o comportamento do consumo, alterações do perfil assistencial, sazonalidade, criticidade dos insumos e tempo médio de reposição pelos fornecedores.

Serão monitorados, de forma sistemática, indicadores relacionados à cobertura de estoque, giro dos materiais, consumo médio, materiais próximos ao vencimento, perdas, avarias, devoluções, estoque ocioso e ocorrências de ruptura de abastecimento, subsidiando a tomada de decisão pelos gestores e a implementação de ações corretivas e preventivas.

Inventários periódicos, rotativos e gerais serão realizados conforme cronograma institucional, permitindo a conciliação entre os saldos físicos e os registros eletrônicos, a identificação de inconsistências e o fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Distribuição

A distribuição dos materiais, medicamentos e insumos será realizada de forma programada, observando as necessidades operacionais das unidades, os níveis de estoque disponíveis, o consumo histórico e as prioridades assistenciais, garantindo o abastecimento oportuno e a continuidade da prestação dos serviços.

As solicitações de materiais serão formalizadas pelos setores requisitantes mediante sistema informatizado, respeitando os níveis de autorização estabelecidos e os cronogramas de abastecimento definidos pela Gerência de Almoxarifado e Patrimônio. Após validação da requisição, será realizada a separação, conferência, registro da movimentação e disponibilização dos materiais para entrega ou retirada.

Todas as movimentações serão registradas eletronicamente, vinculando os materiais distribuídos ao setor solicitante, ao responsável pelo recebimento, à data da movimentação e aos respectivos documentos de controle, assegurando completa rastreabilidade durante todo o processo.

Demandas urgentes ou extraordinárias serão atendidas mediante fluxo específico de prioridade, garantindo o fornecimento imediato dos insumos críticos, sem prejuízo da posterior regularização dos registros administrativos.

Reposição

A reposição dos estoques será executada de forma contínua e programada, garantindo que os níveis de abastecimento permaneçam compatíveis com as necessidades operacionais das unidades e com as metas assistenciais estabelecidas no Contrato de Gestão.

O processo de reposição será desencadeado a partir do acompanhamento permanente dos níveis de estoque, consumo médio, ponto de reposição, estoque de segurança e tempo de ressuprimento, permitindo que as aquisições sejam iniciadas antes que ocorra comprometimento da disponibilidade dos materiais.

Sempre que identificadas alterações significativas no perfil de consumo, ampliação dos serviços, eventos sazonais ou situações epidemiológicas que impactem a demanda, serão realizadas revisões extraordinárias dos parâmetros de reposição, adequando o planejamento às novas necessidades assistenciais.

Os materiais classificados como estratégicos ou críticos receberão acompanhamento diferenciado, com monitoramento permanente dos níveis de abastecimento e adoção de medidas preventivas destinadas a assegurar sua disponibilidade contínua.

Mecanismos de Controle e Rastreabilidade

Os mecanismos de controle e rastreabilidade serão adotados em todas as etapas da logística de suprimentos, permitindo acompanhar o histórico completo das movimentações desde o recebimento até a distribuição dos materiais às unidades requisitantes.

O sistema informatizado manterá registro das entradas, saídas, transferências, devoluções, ajustes de estoque, identificação do fornecedor, lote, prazo de validade, localização física, setor de destino, data da movimentação e responsável por cada operação, garantindo a integridade das informações e a rastreabilidade dos insumos durante todo o seu ciclo de utilização.

Os registros gerados subsidiarão auditorias internas e externas, prestação de contas do Contrato de Gestão, investigações de não conformidades, processos de recolhimento de produtos quando aplicáveis e demais atividades relacionadas à governança e ao controle patrimonial.

Os mecanismos de rastreabilidade contribuirão ainda para o fortalecimento da segurança assistencial, permitindo rápida identificação de materiais sujeitos a substituição, recolhimento ou qualquer outra intervenção

decorrente de alertas sanitários ou não conformidades identificadas pelos órgãos competentes.

Monitoramento do Consumo

O monitoramento do consumo será realizado de forma contínua, utilizando informações geradas pelo sistema informatizado de gestão e relatórios gerenciais que permitam acompanhar o comportamento da demanda, a utilização dos materiais e o desempenho da cadeia de suprimentos.

Serão analisados indicadores relacionados ao consumo por unidade, setor, grupo de materiais e período, possibilitando identificar variações de consumo, tendências de crescimento, utilização acima dos padrões estabelecidos, desperdícios, perdas, materiais de baixa rotatividade e oportunidades de racionalização dos recursos.

As informações produzidas subsidiarão reuniões periódicas entre as áreas de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Coordenações Assistenciais e Gestão Administrativa, permitindo a revisão dos parâmetros de abastecimento, a adequação dos quantitativos programados, a definição de ações corretivas e o aperfeiçoamento contínuo do processo logístico.

Os resultados do monitoramento integrarão o processo de gestão do Contrato de Gestão, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidências, o uso racional dos recursos públicos e a melhoria contínua dos processos de abastecimento.

Prevenção de Desabastecimento

A prevenção de desabastecimento será tratada como processo permanente de gestão de riscos, com foco na manutenção da continuidade da assistência e na disponibilidade dos materiais considerados essenciais ao funcionamento das unidades de saúde.

Para tanto, serão adotadas medidas preventivas como o monitoramento contínuo dos níveis de estoque, acompanhamento dos prazos de entrega dos fornecedores, revisão periódica dos estoques de segurança, avaliação do desempenho dos fornecedores, identificação antecipada de riscos de ruptura da

cadeia de abastecimento e planejamento de aquisições compatível com o perfil assistencial das unidades.

Sempre que identificadas situações que possam comprometer o abastecimento, serão implementados planos de contingência, contemplando a antecipação de compras, remanejamento de materiais entre unidades, utilização de fornecedores alternativos previamente qualificados, substituição técnica de produtos quando aplicável e demais estratégias que assegurem a continuidade da assistência, observadas as normas institucionais e a legislação vigente.

As ocorrências relacionadas ao desabastecimento, bem como as ações adotadas para sua mitigação, serão registradas, monitoradas e analisadas pela gestão, permitindo o aperfeiçoamento contínuo dos processos logísticos e o fortalecimento da governança da cadeia de suprimentos.

Fluxo Integrado da Logística de Suprimentos

O fluxo da logística de suprimentos será desenvolvido de forma integrada entre as áreas de planejamento, compras, almoxarifado, farmácia e setores requisitantes, assegurando que todas as etapas ocorram de maneira padronizada, rastreável e continuamente monitorada.

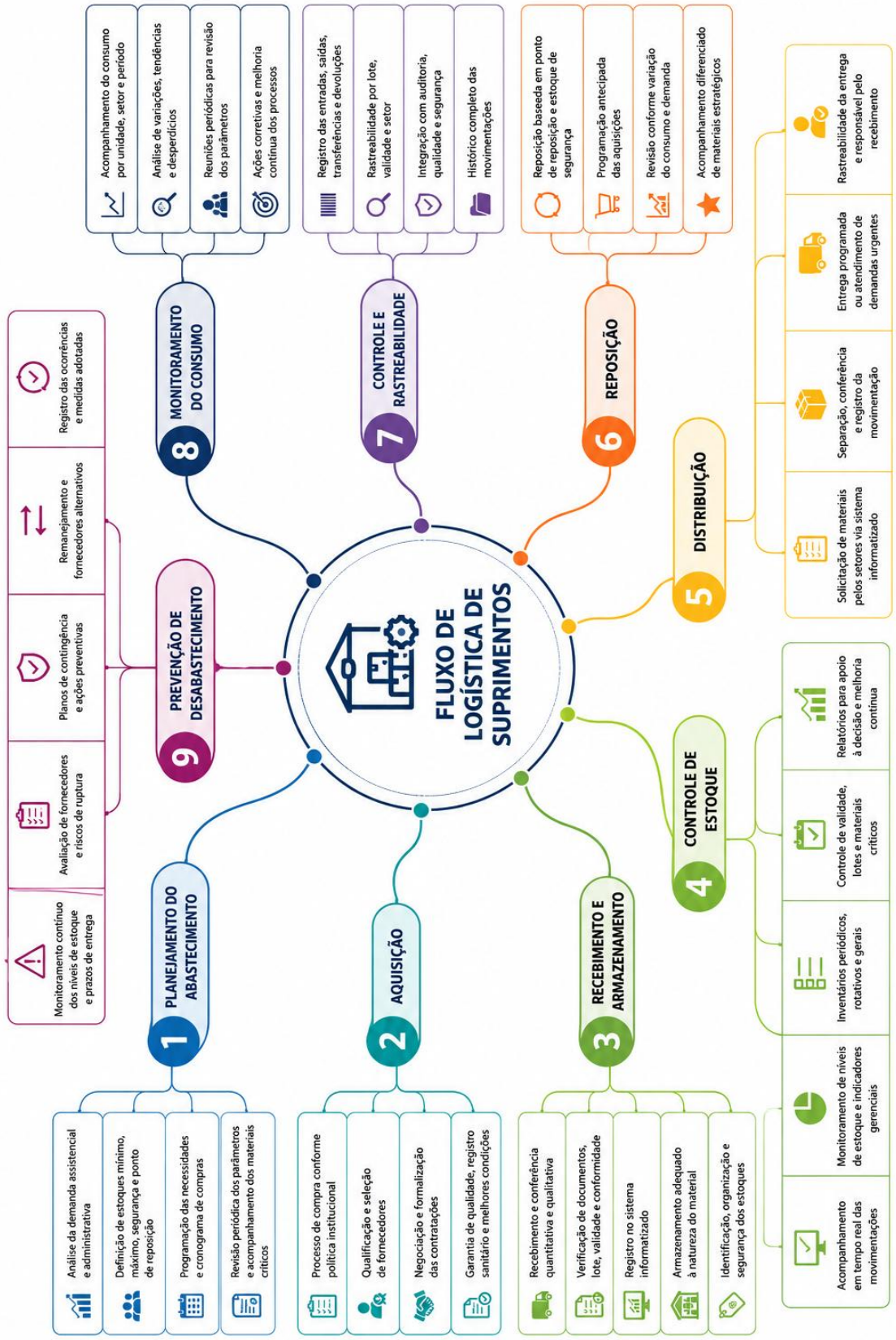
O processo inicia-se com o **planejamento do abastecimento**, fundamentado na análise da demanda assistencial, do consumo histórico, das metas contratuais e dos parâmetros de estoque. Na sequência, é realizado o **processo de aquisição**, observando os procedimentos institucionais de compras, qualificação de fornecedores e critérios técnicos para contratação.

Após o fornecimento dos materiais, ocorre o **recebimento e armazenamento**, compreendendo a conferência quantitativa e qualitativa, registro no sistema informatizado e acondicionamento conforme as características de cada produto. Em seguida, os materiais passam a integrar o **controle de estoque**, permitindo o acompanhamento permanente das movimentações, saldos disponíveis, validade, cobertura de estoque e indicadores gerenciais.

Conforme as necessidades das unidades, os materiais são disponibilizados mediante **distribuição programada ou extraordinária**, com registro integral das movimentações e rastreabilidade das entregas.

Paralelamente, o sistema realiza o acompanhamento dos níveis de estoque, possibilitando a **reposição tempestiva** dos materiais sempre que atingidos os parâmetros previamente estabelecidos.

Durante todas as etapas do processo são mantidos mecanismos de **controle, rastreabilidade e monitoramento do consumo**, permitindo identificar desvios, avaliar o desempenho da cadeia logística e subsidiar ações de melhoria contínua. As informações geradas alimentam o processo de gestão e apoiam a adoção de medidas preventivas destinadas a evitar desabastecimentos, assegurando a continuidade operacional e a disponibilidade permanente dos recursos necessários à execução do Contrato de Gestão.


FLUXO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS
1 PLANEJAMENTO DO ABASTECIMENTO
Análise da demanda assistencial e administrativa
Definição de estoques mínimo, máximo, segurança e ponto de reposição
Programação das necessidades e cronograma de compras
Revisão periódica dos parâmetros e acompanhamento dos materiais críticos
2 AQUISIÇÃO
Processo de compra conforme política institucional
Qualificação e seleção de fornecedores
Negociação e formalização das contratações
Garantia de qualidade, registro sanitário e melhores condições
3 RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO
Recebimento e conferência quantitativa e qualitativa
Verificação de documentos, lote, validade e conformidade
Registro no sistema informatizado
Armazenamento adequado à natureza do material
Identificação, organização e segurança dos estoques
4 CONTROLE DE ESTOQUE
Acompanhamento em tempo real das movimentações
Monitoramento de níveis de estoque e indicadores gerenciais
Inventários periódicos, rotativos e gerais
Controle de validade, lotes e materiais críticos
Relatórios para apoio à decisão e melhoria contínua
5 DISTRIBUIÇÃO
Solicitação de materiais pelos setores via sistema informatizado
Separação, conferência e registro da movimentação
Entrega programada ou atendimento de demandas urgentes
Rastreabilidade da entrega e responsável pelo recebimento
6 REPOSIÇÃO
Reposição baseada em ponto de reposição e estoque de segurança
Programação antecipada das aquisições
Revisão conforme variação do consumo e demanda
Acompanhamento diferenciado de materiais estratégicos
7 CONTROLE E RASTREABILIDADE
Registro das entradas, saídas, transferências e devoluções
Rastreabilidade por lote, validade e setor
Integração com auditoria, qualidade e segurança
Histórico completo das movimentações
8 MONITORAMENTO DO CONSUMO
Acompanhamento do consumo por unidade, setor e período
Análise de variações, tendências e desperdícios
Reuniões periódicas para revisão dos parâmetros
Ações corretivas e melhoria contínua dos processos
9 PREVENÇÃO DE DESABASTECIMENTO
Monitoramento contínuo dos níveis de estoque e prazos de entrega
Avaliação de fornecedores e riscos de ruptura
Planos de contingência e ações preventivas
Remanejamento e fornecedores alternativos
Registro das ocorrências e medidas adotadas

6.1.4 A.4. Proposta para Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento, gestão técnico-operacional e administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, disciplinando sua estrutura organizacional, competências, atribuições, níveis de responsabilidade, fluxos de comunicação, processos decisórios, normas operacionais, mecanismos de supervisão e controle.

Art. 2º O SAMU 192 integra a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde, atuando de forma articulada com a Central de Regulação Médica das Urgências, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Primária, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Polícia Militar e demais serviços da rede municipal e regional.

Art. 3º O serviço observará a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, as normas municipais, o Contrato de Gestão e demais legislações aplicáveis.

Art. 4º Constituem princípios institucionais:

I. universalidade do acesso;

II. integralidade da assistência;

III. equidade;

IV. humanização do atendimento;

V. agilidade na resposta às urgências;

VI. segurança do paciente;

VII. integração em rede;

VIII. eficiência operacional;

IX. educação permanente;

X. melhoria contínua da qualidade.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 5º A estrutura organizacional do SAMU compreenderá:

I. Diretoria Institucional da Contratada;

II. Gerência do Contrato;

III. Coordenação Geral do SAMU;

IV. Responsável Técnico Médico;

V. Responsável Técnico de Enfermagem;

VI. Coordenação Administrativa;

VII. Central de Regulação Médica das Urgências;

VIII. Equipes das Unidades de Suporte Básico;

IX. Equipes das Unidades de Suporte Avançado, quando previstas contratualmente;

X. Condutores de Veículos de Urgência;

XI. Núcleo de Educação Permanente;

XII. Apoio Administrativo;

XIII. Apoio Logístico;

XIV. Manutenção da Frota;

XV. Tecnologia da Informação.

Art. 6º A estrutura organizacional será representada em organograma institucional, definindo os níveis hierárquicos, linhas de subordinação, supervisão e comunicação.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS

Art. 7º Compete à Gerência do Contrato:

I. dirigir a execução contratual;

II. representar institucionalmente o serviço;

III. acompanhar metas assistenciais e operacionais;

IV. assegurar o cumprimento da legislação;

V. monitorar indicadores de desempenho;

VI. garantir a integração com a Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 8º Compete à Coordenação Geral do SAMU:

I. coordenar a execução operacional do serviço;

II. supervisionar as equipes assistenciais;

III. acompanhar a disponibilidade da frota;

IV. garantir o cumprimento dos protocolos assistenciais;

V. coordenar a integração entre Central de Regulação e equipes móveis;

VI. monitorar os indicadores operacionais;

VII. promover reuniões periódicas de avaliação.

Art. 9º Compete ao Responsável Técnico Médico:

I. supervisionar tecnicamente a assistência médica;

II. garantir a observância dos protocolos clínicos;

III. apoiar a regulação médica;

IV. promover avaliação técnica das ocorrências.

Art. 10º Compete ao Responsável Técnico de Enfermagem:

I. coordenar tecnicamente a assistência de enfermagem;

II. supervisionar as equipes de enfermagem;

III. acompanhar indicadores assistenciais;

IV. promover educação permanente.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS SETORES

Art. 11º Compete à Central de Regulação Médica:

I. receber os chamados pelo número 192;

II. realizar a classificação da ocorrência;

III. regular o atendimento;

IV. definir o recurso móvel adequado;

V. acompanhar o atendimento até seu encerramento;

VI. registrar todas as etapas da ocorrência.

Art. 12º Compete às equipes das ambulâncias:

I. prestar atendimento pré-hospitalar móvel;

II. estabilizar o paciente;

III. executar procedimentos previstos em protocolos;

IV. registrar integralmente o atendimento;

V. realizar transporte quando indicado pela Central de Regulação.

Art. 13º Compete aos condutores de veículos de urgência:

I. conduzir os veículos conforme legislação específica;

II. zelar pela segurança da equipe e do paciente;

III. realizar inspeções diárias dos veículos;

IV. comunicar intercorrências operacionais.

Art. 14º Compete ao apoio administrativo:

I. controlar documentos;

II. apoiar escalas;

III. organizar registros administrativos;

IV. elaborar relatórios gerenciais;

V. apoiar a gestão contratual.

CAPÍTULO V
DOS NÍVEIS DE RESPONSABILIDADE

Art. 15º A gestão será organizada em três níveis:

I. Estratégico;

II. Tático;

III. Operacional.

Art. 16º O nível estratégico compreenderá a Diretoria Institucional e a Gerência do Contrato.

Art. 17º O nível tático compreenderá a Coordenação Geral, Responsáveis Técnicos e Coordenação Administrativa.

Art. 18º O nível operacional compreenderá as equipes da Central de Regulação, equipes das ambulâncias, condutores e apoio administrativo.

CAPÍTULO VI
DOS FLUXOS DE COMUNICAÇÃO

Art. 19º A comunicação institucional observará fluxo formal entre:

I. Central de Regulação;

II. equipes móveis;

III. Coordenação Geral;

IV. Secretaria Municipal de Saúde;

V. hospitais de referência;

VI. Unidades de Pronto Atendimento;

VII. Atenção Primária;

VIII. Corpo de Bombeiros;

IX. Defesa Civil;

X. demais serviços da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 20º Toda comunicação operacional será registrada nos sistemas oficiais utilizados pelo serviço.

CAPÍTULO VII
DOS PROCESSOS DECISÓRIOS

Art. 21º As decisões assistenciais observarão os protocolos clínicos vigentes e a regulação médica das urgências.

Art. 22º As decisões administrativas serão fundamentadas na legislação vigente, nas cláusulas do Contrato de Gestão, nos indicadores operacionais e nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO VIII
DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E CONDUTAS INSTITUCIONAIS

Art. 23º Constituem normas institucionais:

I. funcionamento ininterrupto do serviço;

II. cumprimento das escalas de trabalho;

III. identificação funcional obrigatória;

IV. utilização adequada dos equipamentos e veículos;

V. observância dos protocolos assistenciais;

VI. sigilo das informações;

VII. proteção de dados pessoais;

VIII. respeito aos usuários e às equipes;

IX. conservação do patrimônio público;

X. cumprimento dos códigos de ética profissional.

CAPÍTULO IX
DOS PROCESSOS OPERACIONAIS

Art. 24º Os processos operacionais serão regulamentados por Procedimentos Operacionais Padrão, contemplando:

I. recebimento da chamada;

II. regulação médica;

III. despacho de recursos;

IV. atendimento pré-hospitalar móvel;

V. transporte assistido;

VI. transferência inter-hospitalar, quando prevista;

VII. reposição de materiais e medicamentos;

VIII. higienização das ambulâncias;

IX. inspeção diária da frota;

X. abastecimento;

XI. gerenciamento de equipamentos;

XII. registro das ocorrências;

XIII. gerenciamento de eventos adversos;

XIV. educação permanente.

CAPÍTULO X

DA SUPERVISÃO, MONITORAMENTO E CONTROLE

Art. 25º O serviço adotará mecanismos permanentes de supervisão técnica e administrativa.

Art. 26º Constituem instrumentos de monitoramento:

I. indicadores assistenciais;

II. indicadores operacionais;

III. tempo resposta;

IV. disponibilidade da frota;

V. auditorias internas;

VI. supervisões técnicas;

VII. análise de ocorrências;

VIII. monitoramento das metas contratuais;

IX. gestão de riscos;

X. avaliação periódica das equipes;

XI. educação permanente.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27º O presente Regimento constitui proposta para elaboração e implantação do Regimento Interno do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, podendo ser complementado por Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho, protocolos assistenciais e demais normas institucionais, em conformidade com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 28º O Regimento será revisado periodicamente ou sempre que houver alterações na legislação, no Contrato de Gestão ou na organização dos serviços.

Art. 29º Os casos omissos serão deliberados pela Gerência do Contrato em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 30º Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação pelos órgãos competentes e publicação dos atos administrativos correspondentes.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.5 A.5. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

O Responsável Técnico de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, no exercício de suas atribuições legais e regulamentares, considerando a Lei Federal nº 7.498/1986, o Decreto nº 94.406/1987, a Lei Federal nº 8.080/1990, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel, estabelece a presente proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem, destinada à organização, funcionamento e qualificação da assistência de enfermagem prestada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

192, sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade planejar, organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, assegurando assistência pré-hospitalar móvel segura, humanizada, resolutiva e integrada à Rede de Atenção às Urgências.

Art. 2º Constituem objetivos do Serviço de Enfermagem:

I. organizar a assistência de enfermagem conforme as diretrizes do atendimento pré-hospitalar móvel;

II. assegurar o cumprimento da legislação profissional e das normas institucionais;

III. prestar assistência qualificada, ética e humanizada aos usuários em situações de urgência e emergência;

IV. promover a integração entre a Central de Regulação Médica, equipes assistenciais e serviços da Rede de Atenção às Urgências;

V. garantir a continuidade da assistência durante todas as etapas do atendimento;

VI. promover a educação permanente da equipe de enfermagem;

VII. fortalecer a cultura da qualidade, segurança do paciente e segurança operacional;

VIII. contribuir para o alcance das metas assistenciais e operacionais estabelecidas no Contrato de Gestão.

CAPÍTULO II
DA POSIÇÃO ORGANIZACIONAL

Art. 3º O Serviço de Enfermagem integra a estrutura organizacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, subordinando-se tecnicamente ao Responsável Técnico de Enfermagem e administrativamente à Coordenação Geral do Serviço.

Parágrafo único. A responsabilidade técnica será exercida por Enfermeiro devidamente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem, com autonomia técnica para planejamento, supervisão, avaliação e organização das atividades de enfermagem, em conformidade com a legislação profissional vigente.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Serviço de Enfermagem será composto por:

• Responsável Técnico de Enfermagem;

• Enfermeiros das Unidades de Suporte Avançado, quando previstas na composição do serviço;

• Técnicos de Enfermagem das Unidades de Suporte Básico;

• Técnicos de Enfermagem das Unidades de Suporte Avançado;

• Profissionais de enfermagem que vierem a integrar o serviço conforme ampliação operacional e planejamento institucional.

CAPÍTULO IV
DO PESSOAL E DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º Compete ao Responsável Técnico de Enfermagem:

• planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades do Serviço de Enfermagem;

• dimensionar, distribuir e supervisionar as equipes de enfermagem;

• elaborar normas, rotinas, protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão;

• assegurar o cumprimento da legislação profissional, do Código de Ética e das normas institucionais;

• supervisionar os registros assistenciais;

• acompanhar indicadores assistenciais e operacionais;

• coordenar programas de educação permanente;

• participar do planejamento para aquisição de materiais, medicamentos e equipamentos;

• supervisionar a utilização adequada dos equipamentos das ambulâncias;

• acompanhar auditorias internas e externas;

• participar da gestão da qualidade e da segurança do paciente;

• avaliar o desempenho dos profissionais;

• promover integração entre as equipes assistenciais e os demais serviços da Rede de Atenção às Urgências;

• garantir o cumprimento deste Regimento.

Art. 6º Compete aos Enfermeiros:

• prestar assistência direta aos pacientes em situações de urgência e emergência;

• realizar avaliação clínica e monitoramento contínuo do paciente;

• executar procedimentos privativos do enfermeiro previstos em legislação;

• supervisionar os Técnicos de Enfermagem durante os atendimentos;

• executar protocolos clínicos institucionais;

• comunicar intercorrências à Central de Regulação Médica;

• registrar integralmente os atendimentos realizados;

• coordenar o atendimento durante o transporte do paciente;

• conferir materiais, medicamentos e equipamentos das ambulâncias;

• participar das atividades de educação permanente;

• colaborar com o monitoramento dos indicadores assistenciais;

• comunicar eventos adversos e incidentes relacionados à assistência;

• executar atividades correlatas.

Art. 7º Compete aos Técnicos de Enfermagem:

• executar cuidados de enfermagem sob supervisão do enfermeiro;

• prestar assistência ao paciente durante o atendimento pré-hospitalar;

• preparar e organizar materiais e equipamentos;

• auxiliar nos procedimentos realizados pelo enfermeiro e pelo médico;

• realizar administração de medicamentos conforme prescrição e protocolos;

• registrar os procedimentos executados;

• conferir materiais e medicamentos das ambulâncias antes e após os atendimentos;

• participar das atividades de educação permanente;

• zelar pelos equipamentos e materiais sob sua responsabilidade;

• executar atividades correlatas.

CAPÍTULO V

DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

Art. 8º O Serviço de Enfermagem desenvolverá suas atividades mediante fluxos assistenciais padronizados, contemplando:

• acionamento da equipe pela Central de Regulação Médica;

• conferência operacional da ambulância;

• deslocamento ao local da ocorrência;

• avaliação inicial da cena e do paciente;

• atendimento e estabilização clínica;

• execução dos procedimentos de enfermagem;

• monitorização durante o transporte;

• comunicação permanente com a Central de Regulação;

• transferência segura do paciente à unidade de destino;

• registro da assistência prestada;

• reposição de materiais, medicamentos e equipamentos após cada ocorrência.

Os fluxos assistenciais serão regulamentados por Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão e Instruções de Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

Art. 9º O Serviço de Enfermagem observará normas e rotinas relacionadas a:

• conferência diária das ambulâncias;

• conferência dos equipamentos eletromédicos;

• controle e reposição de materiais e medicamentos;

• administração segura de medicamentos;

• registros assistenciais;

• higienização e desinfecção das ambulâncias;

• processamento e descarte de resíduos de serviços de saúde;

• utilização de Equipamentos de Proteção Individual;
• aplicação das medidas de biossegurança;
• prevenção de acidentes ocupacionais;
• comunicação de eventos adversos;
• cumprimento dos protocolos institucionais.

CAPÍTULO VII
DA SUPERVISÃO, CONTROLE DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 10º A supervisão do Serviço de Enfermagem será realizada continuamente pelo Responsável Técnico, por meio de acompanhamento das equipes, avaliação da assistência prestada e monitoramento dos indicadores operacionais.

Art. 11º Constituem mecanismos de supervisão e controle da qualidade:
• auditoria dos registros assistenciais;
• avaliação dos indicadores de desempenho;
• supervisão técnica das equipes;
• monitoramento do cumprimento dos protocolos assistenciais;
• reuniões técnicas periódicas;
• avaliação de desempenho profissional;
• elaboração de planos de melhoria;
• acompanhamento de eventos adversos e incidentes;
• monitoramento da disponibilidade operacional das equipes.

Art. 12º O Serviço de Enfermagem adotará práticas permanentes voltadas à segurança do paciente e da equipe, contemplando:
• identificação correta do paciente;
• comunicação efetiva entre os profissionais;
• administração segura de medicamentos;
• utilização segura de equipamentos;
• prevenção de eventos adversos;
• gerenciamento de riscos assistenciais;
• notificação e análise de incidentes;
• capacitação permanente das equipes;

• fortalecimento da cultura de segurança.

CAPÍTULO VIII
DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS

Art. 13º O Serviço de Enfermagem atuará de forma integrada com:

• Central de Regulação Médica das Urgências;

• Coordenação Geral do SAMU 192;

• Equipes Médicas;

• Condutores de Veículos de Urgência;

• Hospitais de referência;

• Unidades de Pronto Atendimento;

• Atenção Primária à Saúde;

• Corpo de Bombeiros;

• Defesa Civil;

• Polícia Militar;

• Secretaria Municipal de Saúde.

A integração ocorrerá mediante protocolos assistenciais, comunicação permanente com a Central de Regulação, reuniões técnicas, discussão de ocorrências, ações de educação permanente e monitoramento compartilhado dos indicadores assistenciais e operacionais.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º O presente Regimento será submetido à apreciação e aprovação da Diretoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e dos responsáveis técnicos do Serviço de Enfermagem, passando a vigorar após validação institucional.

Art. 15º A implantação do Serviço de Enfermagem será acompanhada da elaboração de Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho e demais instrumentos normativos necessários à padronização das atividades, definição das responsabilidades e qualificação da assistência.

Art. 16º O Serviço de Enfermagem desenvolverá programas permanentes de capacitação, avaliação de desempenho, atualização técnico-

científica e melhoria contínua dos processos assistenciais, fortalecendo a cultura organizacional voltada à qualidade, segurança do paciente, segurança operacional e excelência no atendimento pré-hospitalar móvel.

Art. 17º Este Regimento poderá ser revisado sempre que houver alterações na legislação profissional, nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normas do Conselho Federal de Enfermagem, nos protocolos assistenciais ou nas necessidades operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.6 A.6. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

O Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, considerando a Lei Federal nº 8.080/1990, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, a Lei nº 3.268/1957, o Código de Ética Médica, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e demais normas aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel, estabelece a presente proposta de Regimento do Corpo Clínico, destinada à organização das atividades médicas, definição de responsabilidades profissionais, padronização da assistência e fortalecimento da integração com a Central de Regulação Médica das Urgências e com a Rede Municipal de Saúde.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º O presente Regimento tem por finalidade disciplinar a organização e o funcionamento do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, definindo sua composição, competências,

responsabilidades, critérios de admissão e permanência, normas de atuação, mecanismos de supervisão e avaliação, participação em comissões técnicas, monitoramento dos indicadores assistenciais e operacionais, observância dos protocolos clínicos e integração com os demais serviços da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 2º O Corpo Clínico será constituído por médicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina, assegurando-lhes autonomia técnica e científica no exercício profissional, observados os princípios éticos, legais, institucionais e as diretrizes estabelecidas pela Central de Regulação Médica das Urgências.

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS

Art. 3º Constituem objetivos do Corpo Clínico:

• prestar assistência médica qualificada aos usuários em situações de urgência e emergência;

• assegurar atendimento pré-hospitalar móvel resolutivo, humanizado e seguro;

• garantir o cumprimento dos protocolos clínicos e operacionais vigentes;

• promover integração entre a Central de Regulação Médica, equipes assistenciais e unidades de referência;

• incentivar a atualização técnico-científica e a educação permanente;

• contribuir para o alcance das metas assistenciais e operacionais estabelecidas no Contrato de Gestão;

• fortalecer a cultura da qualidade, segurança do paciente e segurança operacional.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 4º O Corpo Clínico será constituído por médicos legalmente habilitados para atuação no atendimento pré-hospitalar móvel.

Art. 5º Integram o Corpo Clínico:

• Responsável Técnico Médico;

• Médicos Reguladores;

• Médicos Intervencionistas das Unidades de Suporte Avançado, quando previstas;

• Médicos que vierem a integrar o serviço durante a vigência do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º O Corpo Clínico será coordenado pelo Responsável Técnico Médico, em articulação com a Coordenação Geral do SAMU e a Gerência do Contrato.

Art. 7º As atividades médicas serão desenvolvidas de forma integrada à Central de Regulação Médica das Urgências, observando os protocolos assistenciais, fluxos operacionais e diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 8º O Corpo Clínico participará de:

• reuniões técnicas;

• discussão de ocorrências relevantes;

• análise de eventos críticos;

• revisão de protocolos assistenciais;

• programas de educação permanente;

• monitoramento dos indicadores assistenciais;

• avaliação dos processos operacionais.

CAPÍTULO V
DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

Art. 9º Compete ao Responsável Técnico Médico:

• coordenar tecnicamente o Corpo Clínico;

• supervisionar a qualidade da assistência médica;

• assegurar o cumprimento deste Regimento;

• acompanhar os indicadores assistenciais e operacionais;

• apoiar a elaboração, implantação e revisão dos protocolos clínicos;

• promover a integração entre os profissionais médicos e as demais equipes assistenciais;

• representar tecnicamente o Corpo Clínico perante a gestão do serviço e os órgãos competentes;

• participar das ações de planejamento e melhoria contínua.

Art. 10º Compete aos Médicos Reguladores:

• realizar a regulação médica das urgências;

• classificar a gravidade das ocorrências;

• definir o recurso assistencial adequado para cada atendimento;

• orientar tecnicamente as equipes em campo;

• acompanhar a evolução das ocorrências até seu encerramento;

• registrar adequadamente as informações nos sistemas oficiais;

• manter comunicação permanente com as equipes móveis e os serviços de referência.

Art. 11º Compete aos Médicos Intervencionistas:

• prestar assistência médica direta aos pacientes em situações de urgência e emergência;

• realizar avaliação clínica e estabilização do paciente;

• executar procedimentos médicos previstos nos protocolos assistenciais;

• definir a necessidade de transporte assistido;

• manter comunicação permanente com a Central de Regulação Médica;

• registrar integralmente os atendimentos realizados;

• participar das atividades de educação permanente;

• colaborar com o monitoramento dos indicadores assistenciais;

• comunicar eventos adversos e intercorrências relevantes.

CAPÍTULO VI
DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA

Art. 12º O ingresso no Corpo Clínico dependerá de:

• registro ativo no Conselho Regional de Medicina;

• comprovação da qualificação exigida para atuação no atendimento pré-hospitalar móvel;

• atendimento aos requisitos estabelecidos no Contrato de Gestão;

• conhecimento das normas institucionais;

• ciência e concordância com o presente Regimento.

Art. 13º A permanência no Corpo Clínico estará condicionada:

• ao cumprimento das normas éticas e legais;

• ao desempenho satisfatório das atividades;

• ao cumprimento das escalas de trabalho;

• à observância dos protocolos assistenciais;

• à participação nas atividades obrigatórias de educação permanente;

• ao atendimento das metas assistenciais e operacionais.

CAPÍTULO VII
DAS NORMAS DE ATUAÇÃO

Art. 14º Os profissionais médicos deverão observar:

• Código de Ética Médica;

• protocolos assistenciais institucionais;

• protocolos da Central de Regulação Médica;

• normas de biossegurança;

• utilização adequada dos sistemas informatizados;

• registros completos dos atendimentos;

• utilização racional dos recursos públicos;

• respeito aos usuários, familiares e demais profissionais;

• sigilo das informações assistenciais.

CAPÍTULO VIII
DA SUPERVISÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Art. 15º O Corpo Clínico será acompanhado mediante processos permanentes de supervisão técnica e avaliação de desempenho.

Art. 16º Constituem instrumentos de supervisão:

• auditoria dos registros médicos;

• análise das fichas de atendimento;

• monitoramento dos indicadores assistenciais;

• monitoramento dos tempos operacionais;

• reuniões técnicas;

• supervisões periódicas;

• avaliação de desempenho profissional;

• monitoramento do cumprimento dos protocolos clínicos;

• elaboração de planos de melhoria.

CAPÍTULO IX
DA PARTICIPAÇÃO NAS COMISSÕES TÉCNICAS

Art. 17º Os profissionais médicos participarão das comissões técnicas instituídas pela gestão, conforme a natureza das atividades desenvolvidas, podendo integrar, entre outras:

• Comissão de Ética Médica;

• Comissão de Revisão de Prontuários e Registros Assistenciais;

• Comissão de Segurança do Paciente;

• Núcleo de Qualidade e Segurança;

• Comitê de Análise de Eventos Críticos;

• outras comissões instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde ou pela Contratada.

CAPÍTULO X
DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS E DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

Art. 18º O Corpo Clínico participará do monitoramento dos indicadores assistenciais e operacionais, contribuindo para o alcance das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Art. 19º Os profissionais deverão atuar em conformidade com:

• Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde;

• Protocolos Assistenciais Municipais;

• Protocolos da Central de Regulação Médica das Urgências;

• Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências;

• Protocolos Institucionais;

• normas técnicas aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel.

CAPÍTULO XI
DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS

Art. 20º O Corpo Clínico atuará de forma integrada com:

• Central de Regulação Médica das Urgências;

• equipes de enfermagem;

• condutores de veículos de urgência;
• Coordenação Geral do SAMU;
• Unidades de Pronto Atendimento;
• hospitais de referência;
• Atenção Primária à Saúde;
• Corpo de Bombeiros;
• Defesa Civil;
• Polícia Militar;
• Secretaria Municipal de Saúde;
• demais componentes da Rede de Atenção às Urgências.

A integração ocorrerá mediante comunicação permanente entre a Central de Regulação e as equipes móveis, discussão de ocorrências relevantes, protocolos assistenciais compartilhados, ações de educação permanente, reuniões técnicas e monitoramento conjunto dos indicadores assistenciais e operacionais.

CAPÍTULO XII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21º O presente Regimento constitui proposta para organização e funcionamento do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, podendo ser complementado por Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho e demais normas institucionais.

Art. 22º O Regimento será revisado periodicamente ou sempre que houver alterações na legislação profissional, nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normas do Conselho Federal de Medicina, nos protocolos da Central de Regulação Médica, no Contrato de Gestão ou na organização do serviço.

Art. 23º Este Regimento entrará em vigor após aprovação institucional e validação pela Secretaria Municipal de Saúde.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.7 A.7. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O Setor de Faturamento tem como principal objetivo faturar as contas dos serviços de saúde.

É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta dos Serviços de Saúde. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço. A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente Unidade de Saúde. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento da Unidade, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do Prontuário Eletrônico objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de

Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão. A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar a estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n º 18/1999 e SAS/MS n º 35/1999 e nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento,

programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990 e, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM. A partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

- ✓ Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS;
- ✓ Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH;
- ✓ Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como

instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS;

- ✓ Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM;
- ✓ Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte;
- ✓ Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores;
- ✓ Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS;
- ✓ Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde;

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

Competências

- ✓ Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando- as dentro dos prazos estabelecidos;
- ✓ Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;
- ✓ Informar o corpo clínico e técnico-administrativo da Unidade sobre os

procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

- ✓ Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;
- ✓ Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Revisão de prontuários

A AIH já devidamente regulada e autorizada é guardada em pastas conforme ordem alfabética, quando o paciente recebe alta hospitalar ou o ciclo da internação é encerrado o prontuário é entregue no setor de revisão de prontuários. A AIH que estava guardada na pasta é agregada ao prontuário e um funcionário devidamente treinado e com conhecimento de Tabela SUS e do perfil da Unidade, verifica a conformidade entre o código do procedimento preenchido na AIH e os registros clínicos ou cirúrgicos do prontuário, em existindo divergência preenche-se o formulário de mudança de procedimento indicando o procedimento adequado, tal mudança passa pelo crivo do chefe de plantão que assina o formulário e pelo médico regulador, estando tudo em conformidade a mudança é lançada no Sistema de Regulação.

Todo este processo de conferência é feito tendo-se contato diariamente com a Seção de Faturamento para troca de informações/orientações quanto a adequação dos procedimentos com melhor preço, habilitações, serviço de classificação e demais pendências.

O SAME trabalha em parceria com o faturamento diariamente, inclusive informando pendências de registro no Sistema de Regulação.

Após tais conferências o prontuário é encaminhado à Seção de Faturamento.

Fichas dos atendimentos ambulatoriais e primeiro atendimento com permanência menor que 24 horas

O atendimento dos pacientes que adentram a unidade pela emergência ou classificação de risco que são liberados pelo médico com menos de 24 horas são faturados na modalidade ambulatorial, gerando-se apenas a ficha de atendimento e demais documentos que registram a assistência prestada.

Vale ressaltar que, em sendo realizado procedimentos invasivos, mesmo que o médico libere o paciente no mesmo dia deve ser preenchido a AIH e nos casos de óbito institucional também preenchemos AIH.

As fichas dos atendimentos mencionados, bem como as fichas dos atendimentos de acompanhamento ambulatorial (ambulatório de retorno hospitalar para acompanhamento pós-internação com as especialidades e equipe multidisciplinar) são entregues ao faturamento.

Processos de faturamento

Prontuários

Os prontuários recebidos são novamente revisados por um funcionário da Seção de Faturamento para verificação de data de entrada e saída, se o prontuário está completo, valor do procedimento e demais averiguações. Todos são relacionados em planilhas numeradas em sequência contendo o nome do paciente, data de entrada e saída e procedimento, tal fluxo possibilita a localização e organização dos prontuários no espaço físico.

Depois de relacionados, as AIH's são retiradas dos prontuários e encaminhadas com uma via da planilha à sede do Complexo Regulador Municipal conforme fluxo previamente determinado por eles para que possam liberar o sequencial de faturamento (sequencial numérico de 13 dígitos liberado pelo MS e que permite a apresentação da AIH na base do SUS).

Cada faturista pega um pacote de prontuários e procede ao faturamento lançando os dados no FATAIH (programa de faturamento). Se a AIH ainda não retornou da Regulação, faturamos a princípio usando o número do prontuário, quando as AIH's retornam procedemos a troca do prontuário pelo sequencial de faturamento liberado pela regulação.

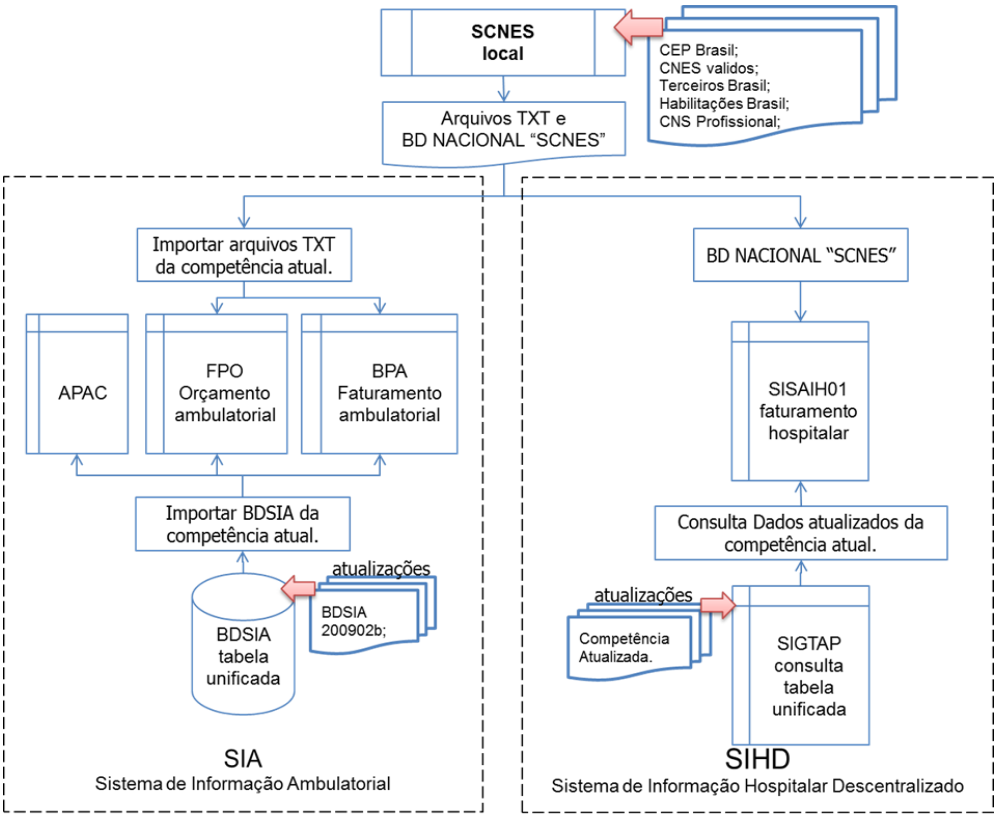
Faturamento das Fichas de atendimento e fichas ambulatoriais.

- ✓ As fichas são separadas por data para melhor organização interna, apura-se na ficha a conduta registrada pelo médico e procede-se ao lançamento no sistema BPA. Após os lançamentos as fichas são encaminhadas para arquivamento. No fim do mês transferimos o arquivo gerado no sistema para o BPAMAG do Ministério da Saúde, com a consistência e ajustes, gera o arquivo final e entrega no Complexo Regulador.

- ✓ Este Manual destina-se a auxiliar gestores, faturistas para trabalharem com os sistemas de captação de dados e com o processamento da informação do atendimento ao paciente da Unidade na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ O CNES é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, visa disponibilizar informações das atuais condições e infraestrutura de funcionamento da Unidade.
- ✓ Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no Faturamento.
- ✓ A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se compromete em manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, evitando contratempos para o fechamento do faturamento dos prontuários da Unidade.

O cadastramento no CNES se dará da seguinte forma:

- ✓ **Identificação:** nome, código do CNES, número do CNPJ, natureza, endereço, telefone, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão e alvará sanitário.



- ✓ **Básico:** caracterização, infraestrutura, atividade, atendimentos, vínculo e endereço complementar.
- ✓ **Conjunto:** informações gerais, equipamentos e vínculo com cooperativas.
- ✓ **Ambulatorial:** radioterapia e hemoterapia.
- ✓ **Hospitalar:** leitos por especialidade, complementares e total (existentes e SUS).
- ✓ **Mantenedora:** indica o nome, se for o caso, da entidade que a mantém.
- ✓ **Profissionais:** nome, CNS, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), carga horária semanal, vínculo empregatício e situação.
- ✓ **Habilitações:** código e a descrição das existentes.
- ✓ **Regras Contratuais:** se existir – código e a descrição das existentes.
- ✓ **Contrato de Gestão e Metas:** se existir – código e a descrição das existentes.

Processamento da Informação do Atendimento no SUS

Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é de uso obrigatório para especificar o profissional habilitado nas unidades para realizar determinado procedimento.

A tabela de CBO é nacional e está sob a gestão do Ministério do Trabalho e Emprego. A informação do CBO no CNES deve observar do que o profissional "se ocupa" naquela unidade.

Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

O **SIA** disponibiliza o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilita a geração de informações, facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

O SIGTAP é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Permite a geração de inúmeros relatórios e disponibiliza informações atualizadas, tais como:

- ✓ procedimento por grupo, subgrupo, forma de organização, código, nome, descrição do procedimento, CID compatível, leito compatível, serviço/classificação, habilitação, incremento, modalidade de atendimento, complexidade do procedimento, tipo de financiamento, instrumento de registro, sexo compatível com o procedimento realizado. O sistema também fornece relatórios com atributos (filtros), por exemplo: descrição de relacionamentos e de compatibilidade. Quando confrontado com o **CNES**, permite identificar indícios de distorções quanto à produção dos procedimentos apresentados referentes à capacidade física e de recursos humanos da unidade assistencial. A tabela deverá ser atualizada no sistema devidamente todo início de mês/e ou início de competência, o Sistema **DATASUS** disponibiliza atualizações na maioria de seus sistemas.

Imagem: Modelo de Relatório de Frequência de Procedimentos Ambulatoriais TABWIN.

Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificad | Subtítulo: Freqüência Vl.Aprovado Qtd.Apresentada Vl.Apresentado segundo Procediment

Procedimento[2008+	Freq	Vl.Aprov	Qtd.Apres	Vl.Apres	Custo Médio
Total	86.327	2.596.277,06	87.769	2.601.979,06	30,07
0304010286 RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO	8.950	268.500,00	8.950	268.500,00	30,00
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	8.739	96.129,00	8.739	96.129,00	11,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8.078	80.780,00	8.078	80.780,00	10,00
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	5.504	60.544,00	5.504	60.544,00	11,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATEN	5.366	66.914,02	5.366	66.914,02	12,47
0301100020 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIE	4.503	0,00	4.503	0,00	0,00
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	3.817	15.687,87	3.817	15.687,87	4,11
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇAO BASICA	3.287	0,00	3.287	0,00	0,00
0301100101 INALACAO / NEBULIZACAO	2.651	0,00	2.651	0,00	0,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	2.118	3.918,30	2.118	3.918,30	1,85
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1.584	51.321,60	1.584	51.321,60	32,40
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1.510	7.051,70	1.510	7.051,70	4,67
0301010110 CONSULTA PRE-NATAL	1.212	0,00	1.212	0,00	0,00
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1.157	7.960,16	1.157	7.960,16	6,88
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1.115	4.125,50	1.115	4.125,50	3,70
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	953	1.763,05	1.038	1.920,30	1,85
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO	732	220.698,00	732	220.698,00	301,50
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	683	1.372,83	718	1.443,18	2,01
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	655	1.211,75	655	1.211,75	1,85
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO	610	3.873,50	610	3.873,50	6,35
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	600	1.110,00	960	1.776,00	1,85
0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	527	42.028,25	527	42.028,25	79,75

Fonte: DATASUS – Exemplo de arquivos de produção ambulatorial.

Esse relatório irá nos permitir:

- ✓ Verificar as variáveis: procedimento, frequência, valor aprovado, quantidade e valores apresentados;
- ✓ Calcular o valor médio por procedimento;
- ✓ Calcular os indicadores assistenciais;
- ✓ Verificar indícios de distorções na formalização da Programação Físico- Orçamentária (FPO);
- ✓ Identificar apresentações indevidas de procedimentos.

A partir dessas informações, é possível avaliar os indicadores:

- ✓ Consulta, habitante, ano; e
- ✓ Consulta x procedimentos com finalidade diagnóstica.

Estrutura e/ou Funcionalidade

Horário de Funcionamento e Equipe mínima

O setor de Faturamento funcionará de segunda a sexta-feira em horário comercial das 08:00 às 17:00h, exceto em dias de feriados.

Chefia e Membros

A equipe mínima que irá compor este serviço será composta por: Supervisor Administrativo (responsável pelo serviço), assistente e auxiliar administrativo.

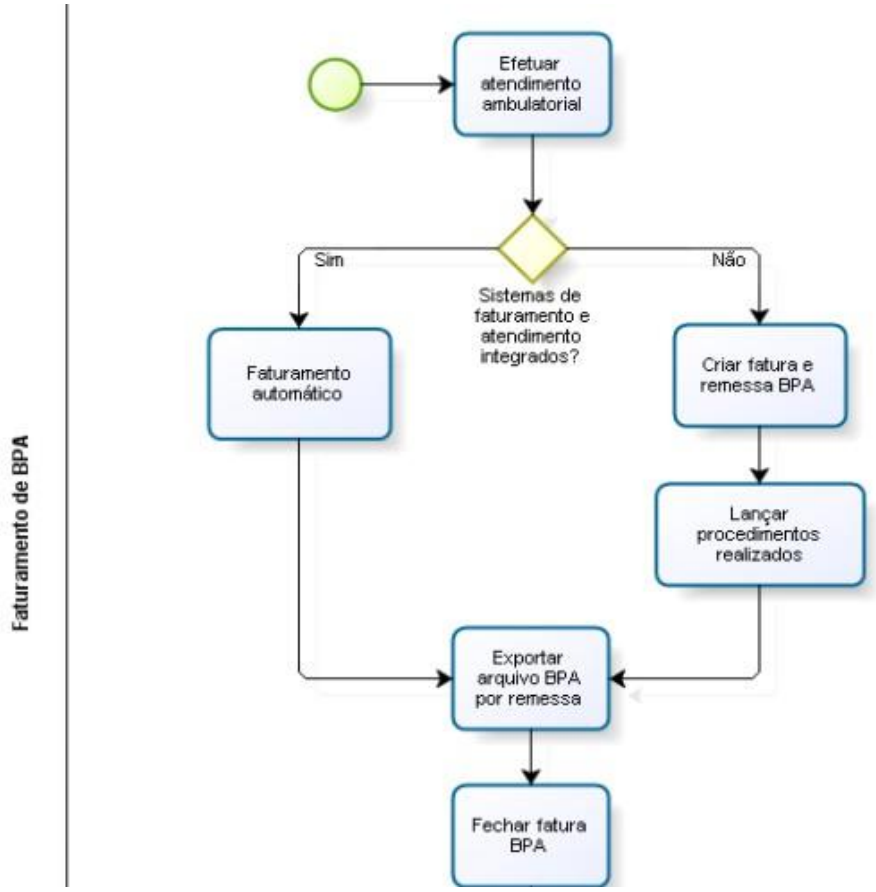
Vínculo com a Unidade

Os profissionais que atuarão no setor de faturamento terão vínculo celetista com a Unidade.

Fluxo e Rotina do Faturamento

Fluxo dos processos a serem implantados.

Faturamento de BPA



Responsabilidades

Setores	Responsabilidades
Unidades	Emitir relatórios de atendimentos, conferir os Boletins de Atendimentos e enviar diariamente ao faturamento.
SADTS:	Enviar diariamente os laudos dos exames realizados ao faturamento.
Tecnologia da Informação:	Disponibilizar e manter o sistema informatizado em funcionamento, com as devidas atualizações e disponibilização aos setores pertinentes.
Arquivo:	Arquivar e controlar os prontuários.

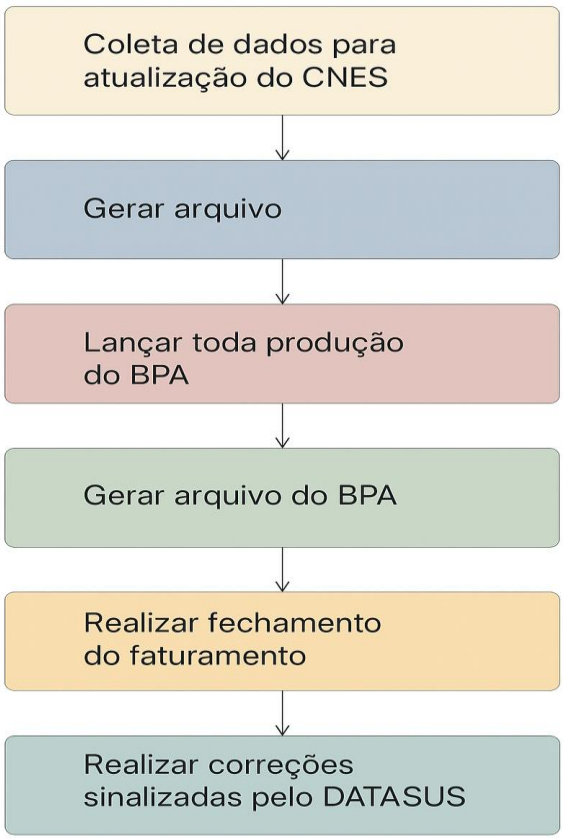
O faturamento do ambulatório/urgência e emergência envolve a realização de procedimentos que assegurem a cobrança.

A atualização dos registros nos órgãos de regulação do SUS também são as atividades do faturamento, assim como as informações referentes à produção das Unidades, sendo que o gerenciamento do faturamento está baseado nas normas do SUS.

Todos os colaboradores da Unidade devem atuar para minimizar os riscos das suas atividades, através do cumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão, elaboração dos registros e notificação dos eventos adversos.

Como resultados, a Unidade será mais seguro e as falhas que porventura acontecerem, será abordado como oportunidade de melhorias, de modo que, continuamente sejam recebidas melhorias na assistência prestada.

Descrição das Atividades



Prontuário do Paciente

O Prontuário do paciente é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e de outros profissionais de saúde prestados ao paciente. O prontuário é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, para a unidade que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência prestada.

As anotações no prontuário ou ficha clínica deverão ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Além disso, o profissional de saúde está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição. Não há lei que obrigue o uso do carimbo, mas que o nome do profissional de saúde e sua respectiva inscrição estejam legíveis.

No Prontuário do paciente deverão ser registrados minimamente:

- ✓ Atendimento ambulatorial;

- ✓ Atendimento de urgência;
- ✓ Evolução médica;
- ✓ Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de o paciente ficar em observação, as prescrições deverão dispor de data e horário em todas elas;
- ✓ Exames complementares (laboratoriais, radiológicos e outros) e seus respectivos resultados;
- ✓ Resumo de alta.

Itens obrigatórios que deverão conter no prontuário do paciente:

- ✓ Identificação da paciente;
- ✓ Anamnese;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Hipóteses diagnósticas;
- ✓ Diagnóstico (s) definitivo (s);
- ✓ Tratamento (s) efetuado (s).

O que não deverá ser feito no prontuário:

- ✓ Escrever a lápis;
- ✓ Usar líquido corretor;
- ✓ Deixar folhas em branco;
- ✓ Rasuras;
- ✓ Fazer anotações que não se referem ao paciente.

Periodicidade do Processamento do Faturamento SUS

O faturamento hospitalar e ambulatorial deve ser processado mensalmente, seguindo a competência de atendimento e o cronograma estabelecido pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Saúde do município/estado, em conformidade com as regras do DATASUS.

- ✓ Produção Ambulatorial (BPA/SIA-SUS): registrada preferencialmente em BPA-I (Individualizado), mesmo quando houver opção de BPA-C (Consolidado).

- ✓ Produção Hospitalar (AIH/SIH-SUS): processada mensalmente com base nas internações e altas hospitalares.
- ✓ Procedimentos vinculados ao CNES: todos os profissionais, serviços e estabelecimentos devem estar corretamente cadastrados e atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluindo CNS do paciente, CBO do profissional, carga horária e CPF, garantindo consistência entre sistemas locais e a Base Nacional.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO

OBJETIVO

Finalidade

O presente Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento tem por finalidade estabelecer os procedimentos administrativos relacionados ao registro, conferência, validação, processamento, monitoramento e consolidação da produção assistencial sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, assegurando a integridade das informações, a conformidade dos registros assistenciais e administrativos, a rastreabilidade das ações executadas e a correta prestação de contas dos serviços realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde

O Manual estabelece rotinas padronizadas para todas as etapas do processo de faturamento, promovendo a uniformização das atividades desenvolvidas pelas equipes assistenciais, administrativas e de apoio, reduzindo inconsistências, prevenindo glosas administrativas e qualificando as informações encaminhadas aos sistemas oficiais de informação em saúde.

Abrangência

As rotinas descritas neste Manual aplicam-se a todas as Unidades integrantes do Contrato de Gestão, compreendendo os processos administrativos relacionados à produção operacional e assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 e profissionais vinculados à execução contratual.

As disposições também se aplicam aos setores administrativos responsáveis pelo cadastro dos usuários, controle documental, processamento da produção, auditoria, tecnologia da informação, gestão do contrato e prestação de contas.

Objetivos Específicos

Constituem objetivos deste Manual:

• Padronizar as rotinas administrativas relacionadas ao faturamento da produção assistencial;

• Assegurar que toda produção realizada seja registrada de forma completa, tempestiva e compatível com a assistência prestada;

• Estabelecer responsabilidades para cada etapa do processo de faturamento;

• Garantir conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;

• Fortalecer os mecanismos de controle interno, auditoria e monitoramento da produção;

• Reduzir inconsistências cadastrais, assistenciais e administrativas que possam comprometer o processamento da produção;

• Subsidiar a elaboração da prestação de contas do Contrato de Gestão.

Base Normativa

A elaboração e aplicação deste Manual observarão, entre outras, as seguintes normas e instrumentos:

• Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

• Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

• Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

• Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), no que couber ao tratamento de dados pessoais e sensíveis;

• Política Nacional de Atenção às Urgências, quando aplicável;

• Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS);

• Portarias de Consolidação GM/MS nº 1, nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e suas alterações;

• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

• Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP);

• Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), quando aplicável;

• Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), quando aplicável;

• Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS) ou outro sistema informatizado oficial adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicável;

• Sistemas oficiais de regulação, gestão e processamento da produção assistencial utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicável;

• Normas técnicas, manuais e orientações publicadas pelo Ministério da Saúde relativas ao registro, processamento, monitoramento e faturamento da produção assistencial;

• Contrato de Gestão celebrado com o Município de Ferraz de Vasconcelos;

• Normas complementares expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Princípios Gerais

O processamento da produção assistencial observará os seguintes princípios:

Rastreabilidade, permitindo identificar todas as etapas do registro da produção, desde o atendimento ao usuário até sua consolidação para fins de faturamento.

Confiabilidade, assegurando que as informações registradas correspondam aos procedimentos efetivamente realizados.

Conformidade, garantindo observância às normas do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e às cláusulas do Contrato de Gestão.

Tempestividade, assegurando que os registros sejam realizados dentro dos prazos operacionais estabelecidos.

Segurança da informação, preservando a integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados assistenciais e administrativos.

Transparência, possibilitando a rastreabilidade documental e o adequado acompanhamento da produção assistencial pelos órgãos de controle e fiscalização.

Estrutura do Processo de Faturamento

Para fins deste Manual, o processo administrativo de faturamento será desenvolvido em onze etapas integradas:

- ✓ Registro da Produção Assistencial.
- ✓ Conferência da Produção Assistencial.
- ✓ Validação da Produção Assistencial.
- ✓ Processamento da Produção Assistencial.
- ✓ Consolidação da Competência.
- ✓ Auditoria Administrativa.
- ✓ Tratamento das Inconsistências.
- ✓ Encaminhamento aos Sistemas Oficiais.
- ✓ Monitoramento dos Indicadores.

- ✓ Prestação de Contas.
- ✓ Arquivamento e Guarda da Documentação.

Cada etapa possuirá fluxo operacional próprio, definição das responsabilidades, pontos de controle, documentos gerados e mecanismos de monitoramento, assegurando padronização dos processos e conformidade com as normas vigentes.

Fluxo de Registro da Produção Assistencial

Objetivo

Estabelecer o processo de registro da produção assistencial realizada nas Unidades Básicas de Saúde, assegurando que todos os atendimentos, procedimentos e ações desenvolvidas pelas equipes sejam registrados de forma íntegra, padronizada e tempestiva, permitindo sua rastreabilidade, processamento nos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde e utilização para fins de monitoramento, faturamento e prestação de contas.

Responsáveis

Participam desta etapa os profissionais assistenciais responsáveis pela execução das ações de saúde, a recepção da unidade, o setor administrativo, a Coordenação da Unidade e o setor de faturamento.

Descrição da rotina

O processo inicia-se com a identificação do usuário, mediante apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e documento oficial de identificação, quando necessário. A equipe administrativa realiza a conferência do cadastro existente e promove sua atualização sempre que identificada alteração cadastral, garantindo a consistência das informações que subsidiarão os registros assistenciais.

Após a confirmação do cadastro, o atendimento é realizado pelo profissional habilitado, que registra todas as informações clínicas e administrativas diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS) ou em sistema informatizado oficialmente adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os registros deverão refletir integralmente a assistência prestada, contemplando, conforme a natureza do atendimento, identificação do profissional executor, data e horário do atendimento, procedimento realizado,

evolução clínica, diagnósticos, prescrições, solicitações de exames, encaminhamentos, vacinação, visitas domiciliares, atividades coletivas e demais informações exigidas pelos sistemas oficiais.

Os procedimentos deverão ser registrados conforme a codificação vigente da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), observando a compatibilidade entre o procedimento executado, o perfil profissional, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Concluído o atendimento, os registros permanecerão disponíveis para conferência administrativa e processamento da produção da competência correspondente.

Documentos e registros utilizados

• Cadastro do usuário.
• Cartão Nacional de Saúde.
• Prontuário Eletrônico do Cidadão.
• Agenda eletrônica de atendimentos.
• Registro dos procedimentos realizados.
• Sistemas oficiais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Pontos de controle

- Identificação correta do usuário;
- Cadastro atualizado;
- Preenchimento completo do prontuário;
- Compatibilidade entre procedimento realizado e procedimento registrado;
- Identificação do profissional executor;
- Registro realizado na competência correta;
- Observância da codificação oficial dos procedimentos.

Resultado esperado

Produção assistencial registrada de forma íntegra, consistente e disponível para as etapas subsequentes de conferência, validação e processamento.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

RESUMO DO FLUXO DE REGISTRO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Identificação e atualização cadastral do usuário	Recepção	Cadastro validado
2	Realização do atendimento	Equipe Assistencial	Atendimento concluído
3	Registro da assistência no prontuário eletrônico	Profissional Assistencial	Prontuário atualizado
4	Registro da produção conforme SIGTAP	Profissional Assistencial	Produção registrada
5	Disponibilização para conferência	Sistema/Equipe Administrativa	Produção disponível

Fluxo de Conferência da Produção Assistencial

Objetivo

Garantir a consistência dos registros assistenciais e administrativos antes do processamento da produção, identificando falhas de preenchimento, divergências cadastrais, incompatibilidades entre procedimentos registrados e documentação clínica, bem como inconsistências que possam comprometer a qualidade das informações encaminhadas aos sistemas oficiais.

Responsáveis

A conferência será realizada pelo setor de faturamento, em articulação com as Coordenações das Unidades, profissionais assistenciais e equipe administrativa.

Descrição da rotina

Encerrado o registro da produção assistencial, o setor de faturamento realizará conferência sistemática dos atendimentos registrados na competência, verificando a conformidade entre os registros clínicos e administrativos.

Serão analisadas a consistência dos cadastros dos usuários, a validade do Cartão Nacional de Saúde, a vinculação do profissional ao estabelecimento de saúde, a compatibilidade entre o procedimento registrado e o código correspondente na SIGTAP, a existência de registros obrigatórios em prontuário eletrônico e a conformidade entre a produção lançada e os documentos assistenciais que a fundamentam.

Também serão verificadas possíveis duplicidades de registros, procedimentos incompatíveis com o perfil profissional, inconsistências relacionadas ao CNES, CBO ou demais parâmetros utilizados pelos sistemas oficiais.

As pendências identificadas serão registradas em relatório específico e encaminhadas ao setor ou profissional responsável para análise e correção antes da validação da produção.

Documentos e registros utilizados

• Prontuário Eletrônico do Cidadão.
• Relatórios de produção assistencial.
• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
• Cadastro Nacional de Usuários.
• SIGTAP.
• Relatórios de inconsistências.

Pontos de controle

- Consistência cadastral;
- Validade do cartão nacional de saúde;
- Compatibilidade entre procedimento e sigtap;
- Compatibilidade entre profissional, cbo e cnes;
- Existência de registro clínico correspondente;
- Ausência de duplicidade de produção;
- Conformidade dos documentos obrigatórios.

Resultado esperado

Produção assistencial conferida, com identificação e segregação das inconsistências para correção antes do processamento da competência.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

RESUMO DO FLUXO DE CONFERÊNCIA DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Conferência cadastral	Faturamento	Cadastro validado
2	Conferência dos registros assistenciais	Faturamento	Produção conferida
3	Identificação das inconsistências	Faturamento	Relatório de pendências
4	Encaminhamento para correção	Faturamento	Pendências encaminhadas
5	Liberação para validação	Faturamento	Produção conferida

Fluxo de Validação da Produção Assistencial

Objetivo

Estabelecer os procedimentos destinados à validação da produção assistencial previamente conferida, assegurando que as informações registradas atendam aos requisitos técnicos, administrativos e legais exigidos pelos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde, possibilitando o processamento da competência sem inconsistências que comprometam a qualidade da informação ou a prestação de contas.

Responsáveis

A validação da produção assistencial será realizada pelo setor de faturamento, com apoio da Coordenação Administrativa, Responsáveis Técnicos das Unidades e demais profissionais envolvidos, sempre que necessária a análise de registros ou documentos complementares.

Descrição da rotina

Concluída a etapa de conferência, a produção assistencial será submetida ao processo de validação, ocasião em que serão verificadas todas as pendências identificadas anteriormente e confirmada a regularização das inconsistências apontadas.

Nesta etapa será realizada análise da compatibilidade entre os registros clínicos constantes do prontuário eletrônico, os procedimentos lançados para faturamento, os cadastros profissionais, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os códigos da Tabela SIGTAP e os parâmetros estabelecidos pelos sistemas oficiais utilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão validados os procedimentos executados, a correta identificação do profissional responsável, a compatibilidade entre a produção registrada e a capacidade operacional da unidade, a integridade das informações clínicas, o cumprimento dos critérios técnicos para lançamento da produção e a conformidade dos registros obrigatórios.

Quando identificadas pendências que impeçam a validação da produção, o processo será devolvido ao setor responsável para regularização, permanecendo bloqueado até que todas as inconsistências sejam solucionadas.

Somente após a confirmação da conformidade técnica e administrativa a produção será liberada para processamento da competência.

Documentos e registros utilizados

• Prontuário Eletrônico do Cidadão.
• Relatórios de conferência.
• Relatórios de inconsistências.
• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
• SIGTAP.
• Relatórios gerenciais da produção.

Pontos de controle

- Inconsistências solucionadas;
- Conformidade dos registros assistenciais;
- Compatibilidade entre produção e prontuário eletrônico;
- Validação do profissional executor;
- Conformidade da codificação dos procedimentos;
- Integridade das informações registradas.

Resultado esperado

Produção assistencial validada, apta para processamento nos sistemas oficiais e consolidação da competência.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

RESUMO DO FLUXO DE VALIDAÇÃO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Análise das correções	Faturamento	Pendências solucionadas
2	Validação técnica	Faturamento	Produção validada
3	Homologação da competência	Coordenação/ Faturamento	Produção liberada

Fluxo de Processamento da Produção Assistencial

Objetivo

Padronizar os procedimentos administrativos relacionados ao processamento da produção assistencial validada, assegurando o correto encaminhamento das informações aos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde, observando os cronogramas estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e garantindo a consistência dos dados utilizados para monitoramento da execução contratual e prestação de contas.

Responsáveis

O processamento da produção assistencial será executado pelo setor de faturamento, com apoio da Tecnologia da Informação, Coordenação Administrativa e Gerência do Contrato.

Descrição da rotina

Após a conclusão da validação da produção assistencial, o setor de faturamento realizará a consolidação da competência mensal, reunindo todos os registros aptos ao processamento.

Serão executadas as rotinas de geração dos arquivos eletrônicos, conferência final da produção consolidada, verificação da integridade dos dados e preparação das informações para envio aos sistemas oficiais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Concluído o processamento, serão emitidos relatórios gerenciais contendo quantitativos de consultas, procedimentos, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, imunizações e demais ações desenvolvidas pelas equipes,

permitindo o acompanhamento da produção executada em relação às metas pactuadas no Contrato de Gestão.

Finalizado o processamento, os arquivos eletrônicos e os respectivos relatórios permanecerão arquivados em ambiente seguro, possibilitando rastreabilidade, auditoria e eventual reapresentação das informações quando necessária.

Documentos e registros utilizados

• Base consolidada da produção assistencial.
• Relatórios de validação.
• Sistemas oficiais de processamento.
• Relatórios gerenciais.
• Relatórios de acompanhamento da competência.

Pontos de controle

• processamento integral da competência;
• conformidade dos arquivos gerados;
• consistência dos quantitativos processados;
• cumprimento do cronograma de envio;
• armazenamento seguro dos arquivos processados.

Resultado esperado

Produção assistencial processada, consolidada e disponibilizada para envio aos sistemas oficiais, subsidiando o monitoramento da produção, a prestação de contas e a avaliação do desempenho contratual.

Responsabilidades dos Setores Envolvidos

O processo de faturamento será desenvolvido de forma integrada entre os setores assistenciais, administrativos e de gestão, assegurando a correta execução de todas as etapas do processo.

Recepção e Cadastro

Compete realizar o cadastramento e atualização dos usuários, conferir a documentação obrigatória, validar o Cartão Nacional de Saúde, orientar os usuários quanto às informações cadastrais e assegurar a consistência dos dados que subsidiarão os registros assistenciais.

Profissionais Assistenciais

Compete registrar integralmente os atendimentos realizados, preencher corretamente o prontuário eletrônico, registrar os procedimentos executados conforme os sistemas oficiais, observar as normas institucionais e responder pela veracidade das informações lançadas.

Coordenação da Unidade

Compete acompanhar a qualidade dos registros assistenciais, orientar as equipes quanto ao correto preenchimento dos sistemas, monitorar inconsistências recorrentes e apoiar as ações corretivas necessárias.

Setor de Faturamento

Compete realizar a conferência, validação, processamento da produção assistencial, emissão de relatórios, monitoramento das inconsistências, controle dos prazos operacionais e consolidação das informações para prestação de contas.

Tecnologia da Informação

Compete garantir a disponibilidade dos sistemas informatizados, realizar manutenção dos ambientes tecnológicos, assegurar a integridade das bases de dados, executar rotinas de backup e prestar suporte técnico aos usuários.

Gerência do Contrato

Compete acompanhar os indicadores do faturamento, monitorar a qualidade da produção assistencial, avaliar os resultados obtidos e promover ações de melhoria contínua dos processos administrativos.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

RESUMO DO FLUXO DE PROCESSAMENTO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Consolidação da produção	Faturamento	Competência consolidada
2	Processamento da produção	Faturamento	Produção processada
3	Emissão de relatórios	Faturamento	Relatórios gerenciais
4	Disponibilização para prestação de contas	Gestão	Produção consolidada

Utilização dos Sistemas Oficiais de Informação

O processamento da produção assistencial e operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 observará os sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos para registro, processamento, monitoramento, regulação, consolidação da produção e prestação de contas dos serviços executados.

Os sistemas de informação serão utilizados de forma integrada, respeitando suas finalidades específicas e a natureza do atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando a integridade das informações, a rastreabilidade dos registros, a interoperabilidade entre os sistemas e a conformidade com a legislação vigente.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Será utilizado para manutenção e atualização do cadastro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, das bases operacionais, das unidades móveis, dos profissionais, equipes e serviços vinculados ao Contrato de Gestão, assegurando compatibilidade entre a estrutura cadastrada e a produção assistencial e operacional registrada.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)

Será utilizado como referência para identificação, codificação e validação dos procedimentos realizados pelas equipes do SAMU 192, observando sua compatibilidade com a habilitação do serviço, o perfil profissional dos executores e as normas vigentes.

Sistema Informatizado da Central de Regulação das Urgências

Será utilizado para registro integral das solicitações recebidas pelo número 192, classificação das ocorrências, regulação médica, despacho das viaturas, acompanhamento em tempo real dos atendimentos, registro dos tempos operacionais, encerramento das ocorrências e geração de informações gerenciais necessárias ao monitoramento da execução contratual.

Sistema Informatizado de Registro do Atendimento Pré-Hospitalar

Será utilizado para documentação dos atendimentos realizados pelas equipes das Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), contemplando o registro das avaliações clínicas, procedimentos executados, medicamentos administrados, orientações prestadas, encaminhamentos, remoções e demais informações assistenciais exigidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

Será utilizado, quando aplicável, para processamento da produção assistencial passível de registro neste sistema, observando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas normas vigentes.

Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)

Será utilizado, quando aplicável, para registro e processamento da produção assistencial autorizada por este instrumento, conforme os procedimentos realizados e as orientações do Ministério da Saúde.

Sistemas Informatizados de Regulação, Gestão e Monitoramento

Serão utilizados, quando disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, para integração das informações assistenciais e operacionais, acompanhamento das ocorrências, monitoramento dos indicadores de desempenho, controle da frota, gestão dos recursos móveis, comunicação entre os pontos da Rede de Atenção às Urgências e suporte à tomada de decisão.

Outros sistemas informatizados oficialmente adotados pela Secretaria Municipal de Saúde poderão ser incorporados aos processos de trabalho sempre que necessário, garantindo a integração das informações, a confiabilidade dos registros e o atendimento às exigências contratuais, legais e regulatórias.

A atualização cadastral e a consistência das informações serão realizadas continuamente, assegurando conformidade entre os registros operacionais, os profissionais habilitados, as unidades móveis, as bases descentralizadas e os sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde.

Sistemas Informatizados de Regulação e Gestão Assistencial

Serão utilizados, quando aplicável, para registro das ocorrências, regulação assistencial, gestão operacional, despacho de recursos, monitoramento dos atendimentos, acompanhamento da produção e integração das informações entre os serviços de saúde e a Rede de Atenção à Saúde, conforme as soluções tecnológicas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Outros sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde poderão ser utilizados para complementação dos registros, acompanhamento da produção, regulação assistencial, monitoramento contratual, faturamento e prestação de contas.

A atualização cadastral dos sistemas será realizada continuamente, garantindo conformidade entre os registros assistenciais e operacionais, cadastro dos profissionais, equipes, estabelecimentos de saúde e bases oficiais do Sistema Único de Saúde.

Controles de Auditoria

Objetivo

Estabelecer mecanismos permanentes de auditoria administrativa destinados à verificação da conformidade da produção assistencial, assegurando a qualidade das informações processadas, a rastreabilidade documental e a prevenção de inconsistências que possam comprometer a prestação de contas do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Participam desta etapa o setor de faturamento, auditoria interna, Coordenação, Gerência do Contrato e demais setores envolvidos no processo assistencial e administrativo.

Descrição da rotina

A auditoria será realizada de forma sistemática durante toda a competência, compreendendo a análise dos registros assistenciais, conferência documental, verificação da compatibilidade entre os procedimentos executados e os registros constantes nos sistemas oficiais, monitoramento da qualidade da informação e avaliação do cumprimento das rotinas estabelecidas neste Manual.

As análises poderão ocorrer de forma concorrente, durante a execução dos processos administrativos, ou retrospectiva, após o processamento da produção, permitindo identificar oportunidades de melhoria, inconsistências recorrentes e necessidade de revisão dos processos internos.

Os resultados das auditorias serão consolidados em relatórios gerenciais, contendo as não conformidades identificadas, as respectivas causas, as medidas corretivas adotadas e as recomendações para prevenção de recorrências.

Pontos de controle

• consistência entre prontuário eletrônico e produção registrada;
• conformidade cadastral;
• utilização correta da codificação dos procedimentos;
• cumprimento dos fluxos administrativos;
• rastreabilidade documental;
• monitoramento das glosas e inconsistências;
• implementação das ações corretivas.

Resultado esperado

Garantia da confiabilidade das informações processadas, redução de inconsistências administrativas e fortalecimento dos mecanismos internos de controle.

Tratamento das Inconsistências

Objetivo

Estabelecer procedimento padronizado para identificação, análise, correção e monitoramento das inconsistências identificadas durante o processo de faturamento, assegurando a integridade das informações antes do fechamento da competência.

Responsáveis

Setor de faturamento, Coordenação da Unidade, profissionais assistenciais, recepção, Tecnologia da Informação e Gerência do Contrato.

Descrição da rotina

Toda inconsistência identificada durante as etapas de conferência, validação ou auditoria será registrada em instrumento próprio, contendo sua descrição, origem, responsável pela regularização e prazo para correção.

Após o registro da ocorrência, a inconsistência será encaminhada ao setor competente para análise e regularização. Concluída a correção, o faturamento realizará nova conferência, verificando a conformidade das alterações realizadas antes da liberação da produção para processamento.

As inconsistências recorrentes serão monitoradas por meio de indicadores específicos, subsidiando ações educativas, revisão de processos e atualização das rotinas administrativas.

Entre as principais inconsistências monitoradas destacam-se:

- cadastro incompleto do usuário;
- Cartão Nacional de Saúde inconsistente;
- incompatibilidade entre procedimento registrado e SIGTAP;
- incompatibilidade entre procedimento e categoria profissional;
- registros assistenciais incompletos;
- ausência de documentação obrigatória;
- duplicidade de produção;
- inconsistências relacionadas ao CNES;
- divergências entre produção registrada e prontuário eletrônico.

Pontos de controle

• registro da inconsistência;
• definição do responsável pela correção;
• cumprimento do prazo estabelecido;
• reanálise após correção;
• registro das medidas adotadas;
• monitoramento das recorrências.

Resultado esperado

Correção integral das inconsistências antes do fechamento da competência, reduzindo rejeições no processamento e fortalecendo a qualidade das informações produzidas.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

RESUMO DO TRATAMENTO DAS INCONSISTÊNCIAS

INCONSISTÊNCIA	RESPONSÁVEL	TRATAMENTO
Cadastro inconsistente	Recepção	Atualização cadastral
Procedimento incompatível	Profissional Assistencial	Correção do registro
Produção duplicada	Faturamento	Exclusão após validação
Registro incompleto	Profissional Assistencial	Complementação do prontuário
Divergência documental	Coordenação da Unidade	Revisão e validação

Prazos Operacionais

As atividades relacionadas ao faturamento observarão cronograma previamente definido pela Secretaria Municipal de Saúde, compatibilizando os prazos internos com os calendários oficiais de processamento da produção.

Como rotina operacional, serão observados os seguintes parâmetros:

• registro da produção assistencial imediatamente após a realização do atendimento;
• conferência diária da produção registrada;
• correção das inconsistências antes do encerramento da competência;
• validação da produção conforme cronograma interno do faturamento;
• consolidação da competência previamente ao envio aos sistemas oficiais;
• processamento e encaminhamento da produção dentro dos prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
• arquivamento da documentação imediatamente após a conclusão do processamento.

Sempre que houver alteração dos cronogramas oficiais, os prazos internos serão ajustados para garantir o cumprimento das datas estabelecidas pelos órgãos gestores.

Monitoramento dos Resultados

O setor de faturamento realizará acompanhamento contínuo dos resultados obtidos em cada competência, utilizando indicadores que permitam avaliar a eficiência dos processos administrativos, a qualidade dos registros assistenciais e a conformidade das informações encaminhadas aos sistemas oficiais.

Serão monitorados, entre outros:

• percentual da produção registrada;
• percentual da produção processada;
• índice de inconsistências;
• índice de glosas administrativas;
• tempo médio para correção das inconsistências;
• percentual de conformidade cadastral;
• cumprimento dos prazos operacionais;
• percentual de retrabalho;
• desempenho das unidades quanto à qualidade dos registros.

Os indicadores serão consolidados em relatórios gerenciais periódicos, apresentados à Gerência do Contrato e às Coordenações das Unidades, subsidiando a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.

Prestação de Contas

As informações consolidadas pelo setor de faturamento constituirão a base técnica para elaboração da prestação de contas do Contrato de Gestão, observando as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de controle e pela legislação aplicável.

Os relatórios emitidos permitirão demonstrar a produção assistencial realizada, os quantitativos processados, o desempenho das equipes, a execução das metas assistenciais e a conformidade dos registros administrativos, assegurando transparência, rastreabilidade e confiabilidade das informações apresentadas.

Todos os documentos que subsidiem o processamento da produção permanecerão arquivados em meio físico ou eletrônico, conforme as políticas institucionais de gestão documental e os prazos legais de guarda, possibilitando

sua consulta para fins de auditoria, fiscalização, controle interno e externo, bem como para atendimento às demandas da Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos competentes.

Com a conclusão destas etapas, o Manual contempla integralmente os elementos exigidos pelo edital: fluxo de registro, conferência, validação, processamento, responsabilidades dos setores envolvidos, utilização dos sistemas oficiais de informação, controles de auditoria, tratamento das inconsistências, prazos operacionais, mecanismos de acompanhamento dos resultados e prestação de contas. O próximo passo pode ser a elaboração dos fluxogramas operacionais correspondentes a cada processo.

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta inicial para padronização dos processos administrativos de faturamento, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e os sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde.

6.1.8 A.8. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

A Administração de Materiais pode ser definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas dentro de uma instituição, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir as diversas unidades com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições.

Nesse sentido, o Almoxarifado é destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional de do hospital.

Ademais, trata-se de uma Unidade Administrativa responsável pelo controle e pela movimentação de materiais registrados de acordo com as normas vigentes, ocasião em que visa à garantia de existência contínua de um estoque

organizado de modo a não faltar itens que o compõem e, concomitantemente, sem tornar excessivo o investimento total.

Dito isso, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do campo propõe esta Padronização de Procedimentos com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

De forma igual, facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho, e possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado.

As Unidades de Almoxarifado são consideradas estratégicas para as Instituições, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

A Unidade de Almoxarifado possui por finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda.

A estrutura organizacional do Almoxarifado será delineada com base na divisão de atividades. Em síntese, configura-se como um instrumento administrativo para que gestores possam enxergar para onde estão indo os esforços e se todos convergem de acordo com o planejamento da Instituição.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais será módula de um sistema informatizado global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e será caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

A gerência dos bens materiais e patrimoniais do Almoxarifado deve pautar em controles formais, regras claras e metodologias específicas para o correto dimensionamento dos quantitativos demandados, além de um controle fidedigno de todo o ativo. Ante ao exposto, a Unidade de Almoxarifado possuirá como suas principais funções:

- ✓ Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
- ✓ Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;
- ✓ Registrar em sistema informatizado as notas fiscais dos materiais recebidos;

- ✓ Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- ✓ Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- ✓ Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- ✓ Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- ✓ Viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
- ✓ Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- ✓ Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- ✓ Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- ✓ Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

Os processos e as prestações de serviço atuais são caracterizados por um alto nível de complexidade, proveniente das rápidas mudanças, da elevada variedade de produtos, do aumento da demanda e da influência de uma sociedade cada vez mais exigente.

Tais características somadas a uma crescente pressão pela redução de custos, aumento de eficiência e aumento dos níveis de serviço nos obrigam a nos reformularmos e buscarmos métodos gerenciais adequados para a condução de nossas atividades.

Com o intuito de servir como base para a tomada de decisões, os objetivos, princípios e valores a serem aplicados na rotina diária devem estar claros a todos que estarão diretamente envolvidos na gestão dos recursos materiais e na logística de suprimentos.

A correta manutenção das atividades possibilita que toda a comunidade de profissionais consiga desempenhar satisfatoriamente suas atividades, entregando, assim, o melhor resultado para a sociedade.

No contexto setorial da gestão dos insumos materiais é possível verificar quais são os resultados esperados dos agentes envolvidos, sendo a satisfação das necessidades, em quantidades suficientes e em tempo hábil para o pleno exercício das atribuições de cada servidor/unidade, o principal propósito desta Unidade Organizacional. Assim sendo, os principais objetivos das Unidades de Almoxarifado serão:

- ✓ Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- ✓ Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- ✓ Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- ✓ Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência dos Almoxarifados irá depender fundamentalmente:

- ✓ Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;
- ✓ Do aumento do tamanho médio e da quantidade das unidades armazenadas;
- ✓ Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

A organização funcional do Almoxarifado contemplará em sua fundamentação as principais atribuições:

- ✓ Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos;
- ✓ Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições eletrônicas autorizadas;
- ✓ Manter atualizados os registros necessários.

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais diversos e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis estarão imbuídos de realizarem inspeções, principalmente em períodos de

chuva, no intuito de observar a ocorrência de vazamentos e gotejamentos, além da necessidade de averiguações diversas no que se refere a necessidade de pequenos reparos na rede interna de distribuição de energia elétrica (tomadas, interruptores, extensões), troca de lâmpadas, verificações gerais de infraestrutura, vazamento em tubulações, infiltração e rachaduras em paredes, estado da pintura, afundamento do solo, escoamento de água pluvial, condição/limpeza do filtro do ar condicionado e demais aspectos.

A constatação de situações que comprometam a estrutura dos prédios deve ser relatada a Chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior acionamento do Setor responsável.

A Estrutura Física Externa dos almoxarifados tem espaço suficiente para a manobra dos caminhões e demais veículos que farão a entrega dos produtos, além de conter plataforma e/ou estrutura que possibilite a carga e descarga.

De forma igual, esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incisão direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

Ademais, o local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. Os locais também devem contar com serviço de segurança patrimonial por 24 (vinte e quatro) horas. O edifício deve apresentar bom estado de conservação, qual seja isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, dentre outros.

Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas ao mesmo. O local deve ter placa de identificação e sinalizadores de entrada e saída de veículos.

As instalações internas do almoxarifado são projetadas de acordo com o volume operacional do almoxarifado. No entanto, as condições físicas devem ser observadas qualquer que seja o tamanho do mesmo:

- ✓ Piso: deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;

- ✓ Paredes: constituídas de alvenaria, devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. A abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, dentre outros;
- ✓ Pé direito: A altura mínima recomendada é de 6 m na área de estocagem e de 3 m nas demais áreas;
- ✓ Portas: de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;
- ✓ Teto: de preferência de laje, mesmo que do tipo pré-moldada. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor;
- ✓ Sinalização interna: as áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;
- ✓ Instalações elétricas: devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores;
- ✓ O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. Vale ressaltar que curtos-circuitos são as causas da maioria dos incêndios.

Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado:

- ✓ Estantes: são adequadas para material médico hospitalar desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos;
- ✓ Estrados/pallets: são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;
- ✓ Escadas: para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;
- ✓ Empilhadeira: para quando o almoxarifado fizer uso de sistema de armazenagem vertical: estrados ou “pallets”. As pilhas não devem ultrapassar a altura de 1,5m ou conforme a informação do fabricante

do produto. Assim, evitam-se os desabamentos e as alterações das embalagens por compressões;

- ✓ Carrinhos para transporte: a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;
- ✓ Sistema de condicionamento de ar: utilizado para o controle adequado da temperatura. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes;
- ✓ Normalmente as temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema será considerada;
- ✓ Ventiladores: na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;
- ✓ Exaustores: são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;
- ✓ Termômetros: são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores, caso haja;
- ✓ Higrômetro: usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;
- ✓ Armários de aço com chave: destinados ao armazenamento de material de saúde sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível disponibilizar de sala fechada para este fim;
- ✓ Extintores de incêndio: devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;
- ✓ Outros: Caixas plásticas para transporte; caixas de isopor para transporte; cesto com tampa; lacres numerados; armários, escrivaninhas e cadeiras; aparelho de fax; linha de telefone direta;
- ✓ Pontos de rede (internet); computadores; sistema de gestão e controle de estoque; impressoras.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO terá responsáveis por receber e estocar/alocar as compras dos fornecedores, e proceder à organização e a estocagem dos materiais, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso.

Além disso, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO se compromete a realizar:

- ✓ O controle dos estoques, através de registros apropriados, anotação de todas as entradas e saídas, visando facilitar a reposição e elaboração dos inventários, controlar os estoques, auxiliando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política e procedimentos estabelecidos para cada item de acordo com as características de cada material, assim como facilitar a sua localização e manuseio, dentre outros;
- ✓ O controle dos estoques através de registros apropriados em sistema informatizado, registrando todas as entradas e saídas, solicitar reposição dos materiais, elaborar inventário mensal, visando à comparação com os dados dos registros, separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários, atender as requisições dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais solicitados, controlar os níveis de estoques, baixando as requisições de materiais solicitados, realizar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis, receber, cadastrar, armazenar, separar, distribuir materiais de uso contínuo ou esporádico, recepcionar, conferir e distribuir os materiais no almoxarifado ou setor responsável.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO terá responsáveis para a recepção das mercadorias e o controle das saídas, os quais analisarão quantitativamente e qualitativamente os bens que estão sendo recepcionados. Também farão a conferência dos volumes, quantidades e qualidade dos itens que serão entregues para as áreas solicitantes.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO analisará os documentos atinentes aos bens que estão sendo recepcionados para fins de proceder à entrada das notas fiscais no sistema informatizado e demais controles (planilhas), bem como proceder à triagem da documentação suporte de recebimento aos setores responsáveis.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO compromete-se em realizar as ações abaixo discriminadas para o gerenciamento e operacionalização do almoxarifado instalada:

- ✓ Verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados;
- ✓ Auxiliar toda a equipe do almoxarifado para manutenção dos bens armazenados;
- ✓ Auxiliar no planejamento das aquisições;
- ✓ Realizar inventário de materiais e controle de prazo de vencimento dos bens armazenados;
- ✓ Realizar demais controles afetos aos estoques;
- ✓ Armazenar os materiais no Almoxarifado conforme orientação do fabricante e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

A fase de armazenagem dos materiais compreende:

- ✓ Verificação das condições de recebimento do material;
- ✓ Identificação do material;
- ✓ Guarda na localização adotada;
- ✓ Informação da localização física de guarda;
- ✓ Verificação periódica das condições de proteção, armazenamento e prazo de validade;
- ✓ Separação para distribuição.

Dependendo das características do material, a armazenagem pode se dar em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma, dentre outros.

Os materiais sujeitos à armazenagem obedecem a regras taxativas que regulam o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e que obedeça às recomendações ergonômicas.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente será utilizada uma codificação, que deve indicar, quando possível, o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem.

O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do local com o arranjo físico dos espaços disponíveis, por área de estocagem.

O controle dos materiais em estoque será feito por meio de inventários que deverão ser efetuados semanalmente ou em até 30 (trinta) dias. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado.

A prioridade é sempre a identificação e reversão da transação errada. No entanto, cabe ressaltar que os ajustes devem ser feitos em último caso e com autorização da Chefia.

Na grande maioria das vezes, as divergências de estoque são decorrentes de erros cometidos ou afetos no registro da movimentação das mercadorias. Normalmente podem ser de valores poucos ou muito significativos. Em quaisquer situações, os lançamentos relativos aos ajustes deverão ser lançados de imediato no sistema informatizado, momento em que serão objetos devidamente apresentados em relatórios encaminhado à Chefia responsável.

Ocorrendo quebras e perdas razoáveis, de acordo com a natureza do bem, ocorridas no acondicionamento, relacionadas a fabricação, no transporte e no que se refere ao manuseio de itens, as quebras e perdas também serão objetos de relatos e, de igual forma, integrarão relatórios para fins de comunicação a Chefia responsável.

Quando da realização do inventário físico podem ser detectadas faltas de relevância, fazendo com que a Unidade de Almoxarifado suponha que a divergência existente entre o estoque físico e o contábil seja originada de furto, roubo, desvio ou qualquer outro tipo de desfalque ilícito ocasionado por funcionários ou terceiros.

Caso essa suspeita se confirme, os responsáveis pelo Almoxarifado deverá de imediato relatar o ocorrido a Chefia imediata para que possa ser procedida a baixa dos produtos do estoque, procurar estabelecer e/ou elaborar pontos de controle no intuito de mitigar eventuais riscos, rever aspectos relacionados a segregação de funções, acesso aos materiais, dentre a adoção de outras medidas, além de apresentar relatório circunstanciado acerca do ocorrido para fins de adoção de providências cabíveis.

O controle dos materiais em estoque no Almoxarifado é feito por meio de inventários, que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado do Almoxarifado.

Os estoques serão, obrigatoriamente, contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis. Portanto, a Tomada de Contas do Almoxarifado tem por finalidade:

- ✓ Relacionar e especificar, detalhadamente, o material existente em estoque;
- ✓ Apurar o material em estoque, para fins de transferência de responsabilidade;

- ✓ Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;
- ✓ Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Avaliar a disposição física dos materiais, a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- ✓ Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo, a fim de verificar se o seu gerenciamento está sendo feito de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- ✓ Apurar o material em estoque, para fins de encerramento, quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.

Acerca deste tema, a Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:

- ✓ No final de exercício, elaborada no mês de dezembro de cada ano;
- ✓ Na passagem de responsabilidade, quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;
- ✓ No encerramento, quando o órgão for extinto ou transferido.

O chefe de Almoxarifado deverá supervisionar e acompanhar toda a cadeia de suprimentos, verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados pelos envolvidos e auxiliar toda a equipe para manutenção dos bens armazenados, para a adoção de boas práticas, além de auxiliar no planejamento das aquisições.

Após a realização de inventários, deve ser elaborado relatório circunstanciado contendo as alterações mais importantes constatadas destinados, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida, erro de origem, dentre outras situações.

Os profissionais que farão a requisição de materiais, sejam enfermeiros, médicos, assistentes e auxiliares administrativos, dentre outros colaboradores, serão incumbidos de requisitar itens para suprimento dos estoques e para o

consumo da Unidade em que estão lotados. São de fundamental importância para a correta destinação dos materiais e para o planejamento da demanda.

Tais requisitantes, ao prestarem suas atividades administrativas/assistenciais utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela administração dos bens de consumo em suas unidades de trabalho através da determinação do material necessário, seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de administração de materiais, na organização e armazenamento, no controle, distribuição e avaliação desses materiais.

A prática da ineficiente administração de materiais se caracteriza por ser uma disfunção que pode causar muitos prejuízos para o erário e aos serviços, podendo gerar grandes estoques desnecessários e ao mesmo tempo a falta de material, dificultando o controle e podendo levar a perda de material, aumentando os custos para a instituição.

Cumpre destacar que toda requisição de materiais destinada a Unidade de Almoxarifado, necessariamente, deverá passar por autorização e crivo da chefia imediata do setor demandante. Os profissionais deverão ser cadastrados como requisitante de material no sistema informatizado mediante solicitação formal, autenticado pela chefia imediata e direcionada ao Setor de Gestão de Pessoas e Setor de Informática.

As demandas somente serão aceitas e processadas mediante apresentação de requisição eletrônica confeccionada por intermédio do sistema informatizado.

Todo profissional poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano.

Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material sob sua responsabilidade será objeto de comunicação formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do profissional, a Chefia da Unidade de Almoxarifado.

A indenização por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características acompanhado dos documentos fiscais, apurado em processo regular.

As empresas prestadoras de serviços à Unidade de Almoxarifado deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

A Requisição Eletrônica de Materiais representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança, praticidade, dentre outras inúmeras vantagens. Sua função primordial é compor um sistema integrado entre o Almoxarifado de cada Unidade e seus respectivos Setores servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Por esse motivo, a requisição eletrônica de materiais será a única interface entre a equipe do Almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento de solicitações para fins de uso dos materiais, ocasião em que não será admitida requisições manuais em papel comum e solicitações verbais.

A solicitação de materiais deverá ser encaminhada ao almoxarifado com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) para atendimento do cronograma de entrega diário.

A missão do almoxarifado é servir de intermediário, dando abrigo provisório aos produtos, ocasião em que sua organização dependerá, por conseguinte, deste caráter transitório e se orientará no sentido de dar maiores facilidades para as entradas e saídas dos produtos e para que o estoque se torne suficiente e íntegros para as necessidades normais da Instituição.

O sucesso da Instituição é vital para o desenvolvimento sustentável da sociedade. E um sistema, que por meio de interações coesas gere relações de qualidade, integrando recebimento e consumo, é a melhor solução para garantir esse sucesso.

Para que todos os esforços da equipe sejam traduzidos a uma gestão eficiente e eficaz dos bens da instituição, alguns valores e princípios devem

nortear as ações necessariamente dos envolvidos do setor, e desejavelmente por todos os utilizadores de recursos públicos. São eles:

- ✓ Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- ✓ Desburocratização das atividades;
- ✓ Manutenção das relações entre setores;
- ✓ Compromisso com a ética profissional;
- ✓ Zelo e evitar os desperdícios.

As principais atribuições do Almoxarifado compreendem:

- ✓ Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição;
- ✓ Proceder à entrega dos materiais mediante requisições autorizadas aos usuários;
- ✓ Manter atualizados e escriturados os registros necessários.

O controle dos estoques depende de um sistema eficiente, o qual deve fornecer, a qualquer momento, as quantidades que se encontram à disposição e onde estão localizadas, as compras em processo de recebimento, métricas de demanda e consumo, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Para agilização das atividades, o controle, em particular das funções referentes ao Almoxarifado, deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

Constituem produtos/serviços do Almoxarifado, o controle e gerenciamento do estoque e distribuição dos materiais adquiridos pela entidade, permitindo assim uma operação segura e consistente, tais como:

- ✓ Registrar todos os tipos de movimentações efetuadas no(s) almoxarifado(s);
- ✓ Permitir e assegurar a integridade dos materiais;

- ✓ Permitir o uso de código reduzido do material em todas as funções (movimentação, pedidos, compras, requisições, dentre outras);
- ✓ Permitir a movimentação, separação, controle e a entrega dos pedidos;
- ✓ Possibilitar o controle de saldos em estoque físico e financeiro (preço médio);
- ✓ Oferecer a listagem de materiais e seus respectivos fornecedores;
- ✓ Oferecer o saldo por local físico e almoxarifado, a movimentações de um período, o consumo por requisitante, relatórios gerencias para tomada de decisão, o consumo médio, realização de inventários e o controle de validade dos itens.

São clientes internos e externos do Almoxarifado os envolvidos nas atividades meio (Setores Administrativos) e fim (Postos Assistenciais) da Instituição, notadamente abarcando o nível operacional, tático e estratégico, coordenação, auditoria, chefia ou direção de unidades administrativas, que lidam ou sejam responsáveis, direta ou indiretamente, pelo suprimento, controle, recebimento, armazenagem, distribuição e definição da qualidade dos materiais utilizados pelas suas respectivas responsabilidades e para fins de atendimento ao público.

Constituem funções operacionais contemplar à organização dos estoques, ou seja, como o almoxarifado é organizado em termos de disposição das mercadorias, limpeza, iluminação, distribuição dos materiais, movimentação interna, atendimento, organização e controle de estoque, emissão e escrituração de documentos, principalmente, todos relacionados ao Setor.

Ressaltamos que, em síntese, são deveres dos colaboradores lotados do Almoxarifado:

- ✓ Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- ✓ Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- ✓ Usar o crachá nas dependências do hospital;
- ✓ Tratar a todos com urbanidade;

- ✓ Cumprir os procedimentos operacionais padrão (Pops), referentes às tarefas para as quais for designado;
- ✓ Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- ✓ Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
- ✓ Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- ✓ Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- ✓ Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- ✓ Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- ✓ Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- ✓ Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- ✓ Manter seus registros funcionais atualizados;
- ✓ Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- ✓ Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador.

A Unidade de Almoxarifado no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

Os horários de expediente do Almoxarifado para fins de atendimento e liberação de materiais serão: Segunda à sexta das 08h00 às 17h00. Após esse horário somente a farmácia que funciona para demanda interna do hospital durante as 24 horas.

Quanto ao recebimento dos materiais, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO ressalta que deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

- ✓ Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;
- ✓ Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;
- ✓ Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- ✓ Guia de Produção.

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo está, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues.

Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas.

A Conferência Quantitativa é a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos, avarias, etc. Deve-se proceder a conferência quantitativa do bem, principalmente, em situações em que a nota fiscal não descreva, por exemplo, que mil unidades de determinado item estejam acondicionadas em 01 (uma) caixa/volume.

Todos estes métodos contribuem para uma melhor aquisição, principalmente, no tocante a possíveis discussões acerca de erros no transporte e entrega ou perdas no depósito, sendo aquelas não pertencentes à responsabilidade das Unidades de Saúde e estas, inaceitáveis.

A Conferência Qualitativa tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados, no processo de inspeção, a especificação de compra do material e alternativas aprovadas, catálogos técnicos, dentre outros.

São três os principais motivos de inconformidades passíveis de identificação no ato da entrega do material:

- ✓ **Divergência de volumes:** Havendo divergência quanto ao quantitativo entregue com o da Nota Fiscal, o conferente deve negar o recebimento, não assinando a Nota Fiscal e orientando a transportadora a devolver ao remetente. Deve, ainda, entrar em contato imediatamente com a empresa que enviou o material, via correio eletrônico institucional, e relatar o ocorrido;

- ✓ **Constatação de avarias**: Constatando-se avarias na embalagem do produto, deve-se analisar a integridade do conteúdo do volume, se constatado visualmente que este sofreu algum dano, deve ser recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório;

- ✓ **Entrega de produto errado**: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado.

Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica. Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da

inércia da Administração, respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque do Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o “Almoxarifado Especial”, que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado. Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

- ✓ Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;
- ✓ Usar veículo fechado;
- ✓ Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;
- ✓ Não deixar o veículo estacionado ao sol;
- ✓ Manusear a carga com cautela;
- ✓ Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

O Almoxarifado é destinado à estocagem de materiais e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere à situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar

amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento.

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos do Almoxarifado será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados.

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando à segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico “racionalização”, a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada em cada respectivo Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender em suas atividades.

Cabe ressaltar que cada Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da respectiva Instituição.

Alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, o setor deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pelo setor solicitante, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, este deverá devolver os itens ao almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome do setor, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pelo setor. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução.

Na entrega, o servidor do setor, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída. Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto aos sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada no setor para eventuais conferências/fiscalizações.

Os bens de consumo comuns essenciais a todos os setores da instituição serão mantidos com estoques que atendam às demandas, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será o Almoxarifado não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outros setores. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Para alguns itens, não serão mantidos estoques, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros.

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho.

Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

- ✓ Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;
- ✓ Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;
- ✓ Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;
- ✓ Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;
- ✓ O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;
- ✓ Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;
- ✓ Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725- 4:2009;
- ✓ Materiais estranhos ao pertencente ao da respectiva Unidade de Saúde não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;
- ✓ Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;
- ✓ Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Conforme demonstra a IN/NR 205/88, os tipos de inventários físicos são:

- ✓ Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de

100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada por Portaria específica para o inventário;

- ✓ Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;
- ✓ De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;
- ✓ De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;
- ✓ Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

- ✓ Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;
- ✓ Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal;
- ✓ Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;
- ✓ Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;
- ✓ Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- ✓ Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Patrimônio

O controle patrimonial se dará através do registro adequado de todos os bens adquiridos que estão à disposição para a realização de suas atividades. Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do recebimento do bem que receberá um número. As alocações internas são realizadas através da transferência e da movimentação e a operação de saída é realizada através da solicitação da baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Patrimônio é realizada através dos Inventários

Procedimento Operacional Padrão

As Unidades terão um rigoroso modelo de controle patrimonial através do qual exercerá o papel de fiel depositário do patrimônio o qual pertence ao Ente Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.

O ponto de partida do controle patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto com a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados registros manuais, digitais e fotográficos.

Responsabilidades Sobre os Bens

O responsável de cada unidade de saúde deverá comunicar o Setor de Patrimônio de sua unidade, de forma escrita, irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como acorreram:

- ✓ Perda ou Extravio; (a notificação não exime à responsabilidade do chefe da unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
- ✓ Queda da identificação de Tombamento – Plaqueta; comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
- ✓ Transferência de bens para outra unidade patrimonial da instituição, com ciência desta;
- ✓ Empréstimos ou doações de bens patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

Transferências

Todas as transferências de bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na rede de intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio. A responsabilidade pela transferência compete ao líder da unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem estar vinculado a sua carga patrimonial; Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da Gerência Operacional, a quem compete à melhor distribuição dos mesmos. Em caso de o equipamento ter que sair da instituição para conserto, a Engenharia deverá preencher um Termo de Saída externo, para a retirada do equipamento.

Avarias

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo desaparecimento do bem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda. É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

Controle e Baixas

Trimestralmente, será encaminhado aos responsáveis de setor uma listagem setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o levantamento físico e analítico comparativo com os registros cadastrais do sistema de controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- ✓ Bens não encontrados;
- ✓ Bens encontrados fora da unidade à qual estão vinculados;
- ✓ Bens encontrados sem placa de identificação;
- ✓ Bens que se encontram fora da instituição;
- ✓ Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis.

As listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontras e acionar os responsáveis

- ✓ **Termos de Responsabilidade**: Documento expedido pelo Patrimônio da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO que caracteriza entrega de bem patrimonial, onde o responsável da unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.
- ✓ **Termos de Transferência**: Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos setores, identificando os setores de origem e destino, onde se caracteriza a alteração de localização do Bem, em que a unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

✓

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Objetivo

Finalidade

O presente Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio tem por finalidade estabelecer diretrizes, responsabilidades e procedimentos administrativos para o gerenciamento dos materiais de consumo, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

O Manual disciplina os processos relacionados ao recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação patrimonial, rastreabilidade, monitoramento e prestação de contas, promovendo a padronização das atividades, a utilização racional dos recursos públicos, a integridade dos bens sob responsabilidade da Contratada e a continuidade da assistência prestada à população.

Sua implantação visa fortalecer os mecanismos de governança, controle interno e transparência administrativa, assegurando que todos os processos sejam executados de forma padronizada, segura, rastreável e em conformidade com a legislação vigente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as normas da Secretaria Municipal de Saúde e as cláusulas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Abrangência

As disposições deste Manual aplicam-se a todas as unidades, serviços e estruturas administrativas contempladas no Contrato de Gestão, abrangendo os processos de suprimentos, almoxarifado e patrimônio relacionados aos materiais de consumo, medicamentos, produtos para saúde, materiais de expediente, equipamentos, mobiliários, bens permanentes e demais ativos necessários ao funcionamento das unidades.

Aplicam-se igualmente aos profissionais responsáveis pelas atividades de compras, recebimento, almoxarifado, patrimônio, logística, farmácia, manutenção, tecnologia da informação, coordenações administrativas, gestores das unidades e demais colaboradores envolvidos na solicitação, movimentação, guarda, utilização e controle dos bens institucionais.

Objetivos Específicos

Constituem objetivos deste Manual:

- ✓ Padronizar as rotinas administrativas da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio;
- ✓ Estabelecer responsabilidades e competências dos setores envolvidos;
- ✓ Assegurar a adequada gestão dos materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais;
- ✓ Garantir a rastreabilidade das movimentações de estoque e patrimônio;
- ✓ Promover o controle sistemático dos estoques e dos ativos patrimoniais;
- ✓ Assegurar o adequado armazenamento e conservação dos materiais;
- ✓ Subsidiar o planejamento das aquisições com base no consumo e na demanda das unidades;
- ✓ Reduzir perdas, desperdícios, vencimentos e obsolescência de materiais;
- ✓ Fortalecer os mecanismos de controle interno, auditoria e prestação de contas;
- ✓ Assegurar conformidade com a legislação vigente e com as normas institucionais.

Base Normativa

A elaboração e aplicação deste Manual observarão, entre outras, as seguintes normas e instrumentos:

- ✓ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;
- ✓ Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- ✓ Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- ✓ Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, quando aplicável;
- ✓ Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), no que couber;
- ✓ Portarias de Consolidação GM/MS vigentes;
- ✓ Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aplicáveis ao armazenamento e controle de medicamentos, produtos para saúde e insumos;
- ✓ Instrução Normativa SEDAP nº 205, de 08 de abril de 1988, no que couber;
- ✓ Normas Brasileiras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) aplicáveis;
- ✓ Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho pertinentes à segurança e armazenamento de materiais;
- ✓ Contrato de Gestão celebrado com o Município de Ferraz de Vasconcelos;
- ✓ Normas complementares expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Princípios Gerais

A gestão de almoxarifado e patrimônio será desenvolvida observando os seguintes princípios:

- ✓ Legalidade;
- ✓ Economicidade;
- ✓ Eficiência;
- ✓ Rastreabilidade;
- ✓ Padronização dos processos;
- ✓ Segregação de funções;
- ✓ Transparência;
- ✓ Responsabilidade patrimonial;
- ✓ Segurança da informação;
- ✓ Melhoria contínua;
- ✓ Disponibilidade dos insumos necessários à assistência;
- ✓ Prevenção de perdas, desperdícios e desabastecimento.

A gestão dos estoques e do patrimônio será apoiada por sistema informatizado, permitindo o acompanhamento em tempo real das entradas, saídas, transferências, inventários, consumo, níveis de estoque e movimentações patrimoniais, subsidiando o planejamento das aquisições, a tomada de decisão gerencial e a prestação de contas do Contrato de Gestão.

Estrutura da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio constitui área estratégica de apoio à assistência, responsável pelo planejamento, recebimento, armazenamento, controle, distribuição, inventário e gestão dos bens patrimoniais necessários ao funcionamento das unidades de saúde.

Sua atuação será desenvolvida de forma integrada com os setores de Compras, Farmácia, Manutenção, Tecnologia da Informação, Coordenações Assistenciais, Coordenação Administrativa e Diretoria da unidade, assegurando o abastecimento contínuo dos serviços, a adequada conservação dos materiais e equipamentos, bem como o controle patrimonial dos bens disponibilizados para execução do Contrato de Gestão.

A estrutura operacional será organizada de forma a garantir segregação de funções, rastreabilidade das movimentações, controle dos estoques e monitoramento permanente dos ativos institucionais, utilizando sistema informatizado de gestão que permita o acompanhamento das movimentações em tempo real.

Compete à Gerência de Almoxarifado e Patrimônio:

- ✓ planejar o abastecimento das unidades de saúde;
- ✓ Coordenar os processos de recebimento, armazenamento e distribuição de materiais;
- ✓ Administrar os estoques institucionais;
- ✓ Controlar a movimentação dos bens patrimoniais;
- ✓ Acompanhar inventários periódicos;
- ✓ Monitorar níveis mínimos e máximos de estoque;
- ✓ Garantir a rastreabilidade das movimentações de materiais e patrimônio;
- ✓ Apoiar auditorias internas e externas;
- ✓ Subsidiar os processos de prestação de contas;
- ✓ Promover melhoria contínua dos processos logísticos.

Fluxo de Recebimento de Materiais

Objetivo

Padronizar o processo de recebimento de materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e demais bens destinados às unidades de saúde, assegurando que todos os itens entregues atendam às especificações técnicas, quantitativas e qualitativas estabelecidas no processo de aquisição, preservando sua integridade e garantindo a rastreabilidade desde o ingresso na instituição.

Responsáveis

Participam desta etapa o setor de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio, Comissão de Recebimento, quando constituída, e os setores técnicos responsáveis pela avaliação dos materiais específicos.

Descrição da rotina

O recebimento será realizado mediante conferência entre o material entregue, a Nota Fiscal, a Autorização de Fornecimento, o Pedido de Compra e as especificações constantes no processo de aquisição.

Serão verificados os quantitativos recebidos, identificação dos produtos, fabricante, lote, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de

transporte, conformidade das especificações técnicas, certificações exigidas, registro sanitário quando aplicável e demais requisitos previstos contratualmente.

Materiais, medicamentos e produtos para saúde que apresentarem avarias, divergências quantitativas, não conformidades técnicas, embalagens violadas, validade incompatível ou qualquer condição que comprometa sua utilização não serão incorporados ao estoque, sendo formalmente registrados para devolução ou substituição pelo fornecedor.

Após aprovação do recebimento, será realizado o lançamento da entrada no sistema informatizado de gestão, assegurando a rastreabilidade do lote recebido, identificação do fornecedor, data do recebimento, responsável pela conferência e localização física do material.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Nota Fiscal;
- ✓ Pedido de Compra;
- ✓ Autorização de Fornecimento;
- ✓ Relatório de Recebimento;
- ✓ Registro de Não Conformidade, quando aplicável;
- ✓ Sistema informatizado de gestão de materiais.

Pontos de controle

- ✓ Conformidade entre pedido e material entregue;
- ✓ Conferência quantitativa;
- ✓ Conferência qualitativa;
- ✓ Validade dos produtos;
- ✓ Integridade das embalagens;
- ✓ Registro do lote;
- ✓ Lançamento da entrada no sistema.

Resultado esperado

Materiais recebidos, conferidos, registrados e disponibilizados para armazenamento, assegurando qualidade, rastreabilidade e conformidade com o processo de aquisição.

Fluxo de Armazenamento

Objetivo

Estabelecer critérios técnicos para armazenamento dos materiais, medicamentos, insumos e bens patrimoniais, assegurando sua adequada conservação, organização, identificação, rastreabilidade e disponibilidade para utilização pelas unidades de saúde.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Almoxarifes, Farmácia, Patrimônio e Coordenação Administrativa.

Descrição da rotina

Após o recebimento e registro no sistema informatizado, os materiais serão encaminhados às áreas de armazenamento conforme sua natureza, observando requisitos específicos de conservação, temperatura, umidade, ventilação, segurança e organização física.

Os materiais permanecerão identificados por código, descrição, lote, validade, localização física e demais informações necessárias à sua rastreabilidade.

A organização dos estoques observará metodologia que privilegie a adequada rotatividade dos produtos, priorizando a utilização dos itens com menor prazo de validade, conforme o princípio FEFO (First Expire, First Out), e, quando aplicável, a ordem cronológica de entrada dos materiais, conforme o princípio FIFO (First In, First Out).

Produtos sujeitos a controle especial, medicamentos, materiais estéreis, equipamentos e bens patrimoniais receberão tratamento específico conforme suas características e exigências legais.

Serão realizadas inspeções periódicas para verificação das condições de armazenamento, organização dos estoques, limpeza dos ambientes, validade dos produtos, integridade das embalagens e identificação de riscos que possam comprometer a conservação dos materiais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Sistema informatizado de gestão;
- ✓ Relatórios de estoque;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Mapa de localização dos materiais;
- ✓ Registro de inspeções.

Pontos de controle

- ✓ Armazenamento conforme especificação técnica;
- ✓ Identificação dos materiais;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Organização física dos estoques;
- ✓ Condições ambientais;
- ✓ Rastreabilidade dos lotes;
- ✓ Segurança patrimonial.

Resultado esperado

Materiais armazenados em condições adequadas, preservando sua qualidade, disponibilidade e rastreabilidade durante todo o período de permanência em estoque.

Fluxo de Distribuição

Objetivo

Padronizar o processo de distribuição de materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e demais itens armazenados, assegurando o abastecimento oportuno das unidades e setores, a rastreabilidade das movimentações, a compatibilidade entre as solicitações e o consumo institucional, bem como a continuidade da assistência prestada.

Responsáveis

Participam desta etapa a Gestão do Almoxarifado e Patrimônio, equipe do Almoxarifado, Farmácia, Coordenações das Unidades, responsáveis pelos setores solicitantes e profissionais autorizados para recebimento dos materiais.

Descrição da rotina

A distribuição será realizada mediante solicitação formal do setor requisitante, observando os níveis de estoque, a programação de abastecimento, o consumo histórico e as necessidades assistenciais das unidades.

Após análise da requisição, o Almoxarifado realizará a separação dos materiais, conferência quantitativa e qualitativa dos itens, registro da

movimentação no sistema informatizado e disponibilização dos produtos para retirada ou entrega, conforme fluxo logístico estabelecido.

Toda saída de material será vinculada ao setor solicitante, ao responsável pelo recebimento, à data da movimentação e aos respectivos documentos de controle, permitindo a completa rastreabilidade da distribuição.

Em situações de urgência ou demandas extraordinárias, o fornecimento poderá ocorrer de forma imediata, mediante registro específico da solicitação e posterior regularização documental.

Documentos e registros utilizados

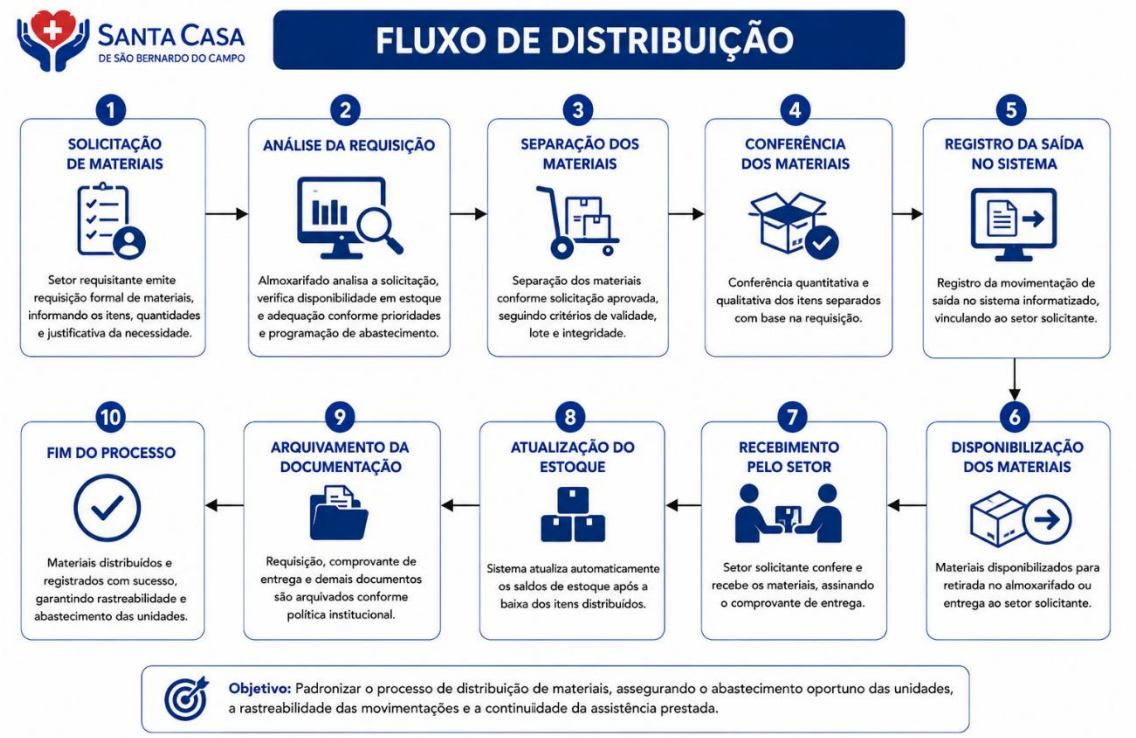
- ✓ Requisição de Materiais;
- ✓ Relatório de Separação;
- ✓ Comprovante de Entrega;
- ✓ Sistema informatizado de gestão de estoque;
- ✓ Relatórios de movimentação.

Pontos de controle

- ✓ Autorização da solicitação;
- ✓ Disponibilidade em estoque;
- ✓ Conferência dos materiais separados;
- ✓ Registro da saída no sistema;
- ✓ Identificação do responsável pelo recebimento;
- ✓ Atualização automática do saldo de estoque.

Resultado esperado

Materiais distribuídos de forma segura, tempestiva e rastreável, garantindo o abastecimento das unidades e a continuidade das atividades assistenciais e administrativas.



Controle de Estoques

Objetivo

Estabelecer procedimentos para o monitoramento permanente dos estoques, assegurando níveis adequados de abastecimento, utilização racional dos recursos, prevenção de perdas e disponibilidade contínua dos materiais necessários ao funcionamento das unidades de saúde.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Almoxarifes, Farmácia, Coordenação Administrativa e Gestores das Unidades.

Descrição da rotina

O controle de estoque será realizado por meio de sistema informatizado, permitindo o acompanhamento permanente das entradas, saídas, transferências, devoluções, perdas, ajustes de estoque e saldos disponíveis.

Serão estabelecidos níveis mínimos, máximos e pontos de reposição para os principais grupos de materiais, considerando consumo médio, sazonalidade, tempo de reposição, criticidade dos insumos e perfil assistencial das unidades.

A Gerência realizará acompanhamento periódico dos indicadores de consumo, materiais de baixa movimentação, produtos próximos ao vencimento, estoque ocioso, perdas e rupturas de abastecimento, adotando medidas preventivas para evitar desabastecimentos e desperdícios.

O controle de validade observará metodologia que priorize a utilização dos produtos com menor prazo de vencimento, reduzindo perdas decorrentes da expiração da validade.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Sistema informatizado de gestão;
- ✓ Relatórios de estoque;
- ✓ Relatórios de consumo;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Relatórios gerenciais.

Pontos de controle

- ✓ níveis mínimo e máximo de estoque;
- ✓ ponto de reposição;
- ✓ saldo disponível;
- ✓ controle de validade;
- ✓ perdas e avarias;
- ✓ materiais de baixa movimentação;
- ✓ estoque crítico.

Resultado esperado

Estoques monitorados continuamente, mantendo níveis adequados de abastecimento, reduzindo desperdícios e assegurando disponibilidade dos materiais necessários à execução dos serviços.

Inventários

Objetivo

Padronizar os procedimentos de inventário físico dos materiais e bens patrimoniais, assegurando a correspondência entre os registros informatizados e os quantitativos efetivamente existentes, fortalecendo os mecanismos de controle interno e a confiabilidade das informações patrimoniais.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Comissão de Inventário, Coordenação Administrativa, setores usuários e Auditoria Interna.

Descrição da rotina

Serão realizados inventários periódicos dos materiais estocados e dos bens patrimoniais, conforme cronograma institucional, podendo ocorrer inventários rotativos, parciais ou gerais.

Durante o inventário serão confrontados os saldos físicos com os registros constantes no sistema informatizado, identificando divergências, materiais não localizados, excedentes, perdas, bens inservíveis e demais inconsistências.

As divergências identificadas serão analisadas, justificadas e tratadas mediante procedimentos administrativos específicos, promovendo os ajustes necessários após validação da Gerência responsável.

Os resultados dos inventários subsidiarão ações de melhoria dos controles internos, planejamento de aquisições, avaliação patrimonial e prestação de contas.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Relatórios de inventário;
- ✓ Sistema informatizado;
- ✓ Termos de ajuste de estoque;
- ✓ Relatórios de divergências;
- ✓ Relatórios conclusivos da Comissão de Inventário.

Pontos de controle

- ✓ Conferência física dos materiais;
- ✓ Conciliação entre estoque físico e sistema;
- ✓ Identificação de divergências;
- ✓ Regularização dos ajustes;
- ✓ Emissão de relatório conclusivo.

Resultado esperado

Inventário concluído com identificação das divergências, atualização dos registros patrimoniais e fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Fluxo de Movimentação Patrimonial

Objetivo

Padronizar os procedimentos relacionados à incorporação, transferência, remanejamento, baixa e alienação de bens patrimoniais, assegurando rastreabilidade, controle administrativo e adequada utilização do patrimônio disponibilizado para execução do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, setor de Patrimônio, Coordenação Administrativa, setores usuários e Diretoria da unidade.

Descrição da rotina

Toda movimentação patrimonial será precedida de registro no sistema informatizado, contendo identificação do bem, número patrimonial, setor de origem, setor de destino, responsável pela movimentação, motivo da transferência e data da operação.

Os bens permanentes serão identificados mediante tombamento patrimonial, permanecendo vinculados ao respectivo setor de utilização e ao responsável por sua guarda.

As transferências internas ocorrerão mediante autorização da Gerência competente, permanecendo registradas no sistema patrimonial para manutenção da rastreabilidade dos bens.

A baixa patrimonial somente será realizada após avaliação técnica, observando critérios de inservibilidade, obsolescência, perda, dano irreparável ou demais hipóteses previstas na legislação e nas normas institucionais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Termo de Responsabilidade Patrimonial;
- ✓ Termo de Transferência;
- ✓ Termo de Baixa Patrimonial;
- ✓ Sistema informatizado de patrimônio;

- ✓ Relatórios patrimoniais.

Pontos de controle

- ✓ identificação patrimonial;
- ✓ autorização da movimentação;
- ✓ atualização cadastral;
- ✓ rastreabilidade dos bens;
- ✓ responsabilidade pela guarda;
- ✓ registro das baixas.

Resultado esperado

Movimentações patrimoniais realizadas com controle, rastreabilidade e atualização permanente dos registros institucionais.

Controle Patrimonial

Objetivo

Estabelecer procedimentos administrativos para identificação, registro, acompanhamento, conservação e controle dos bens patrimoniais vinculados às unidades de saúde, assegurando a integridade do patrimônio, a rastreabilidade das movimentações e a adequada utilização dos recursos públicos disponibilizados para execução do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, setor de Patrimônio, Coordenação Administrativa, gestores das unidades e responsáveis pelos setores usuários.

Descrição da rotina

Todos os bens permanentes incorporados às unidades serão cadastrados em sistema informatizado de gestão patrimonial, recebendo identificação patrimonial individualizada que possibilite sua localização, histórico de movimentações, estado de conservação e responsabilidade pela guarda.

Os bens permanecerão vinculados ao setor de utilização e ao respectivo responsável, sendo obrigatória a comunicação de qualquer movimentação,

transferência, substituição, manutenção, extravio ou dano que altere sua condição patrimonial.

A Gerência realizará acompanhamento periódico da localização, utilização e estado de conservação dos bens, promovendo ações preventivas destinadas à preservação do patrimônio e à maximização de sua vida útil.

Sempre que identificadas irregularidades, perdas ou danos, serão adotadas as medidas administrativas cabíveis para apuração dos fatos e regularização dos registros patrimoniais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Cadastro patrimonial;
- ✓ Sistema informatizado de patrimônio;
- ✓ Termo de Responsabilidade;
- ✓ Termo de Transferência;
- ✓ Relatórios patrimoniais;
- ✓ Relatórios de manutenção.

Pontos de controle

- ✓ Identificação patrimonial dos bens;
- ✓ Atualização cadastral;
- ✓ Responsabilidade pela guarda;
- ✓ Localização física dos ativos;
- ✓ Estado de conservação;
- ✓ Registro das movimentações.

Resultado esperado

Patrimônio permanentemente controlado, identificado e rastreado, assegurando adequada utilização dos bens institucionais e confiabilidade dos registros patrimoniais.

Responsabilidades dos Setores Envolvidos

A gestão do Almoxarifado e Patrimônio será desenvolvida de forma integrada entre os diversos setores administrativos e assistenciais, observando a segregação de funções, a rastreabilidade dos processos e o fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

Compete planejar, coordenar, supervisionar e monitorar todas as atividades relacionadas ao recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventários, gestão patrimonial e elaboração de relatórios gerenciais, assegurando o cumprimento das rotinas estabelecidas neste Manual.

Almoxarifado

Compete realizar o recebimento, conferência, armazenamento, organização, separação, distribuição e controle dos materiais, mantendo atualizados os registros de movimentação e os saldos de estoque.

Setor de Patrimônio

Compete realizar o cadastramento, tombamento, movimentação, inventário, controle, baixa e atualização dos registros patrimoniais, mantendo a rastreabilidade dos bens permanentes.

Setores Solicitantes

Compete planejar suas necessidades de abastecimento, formalizar requisições de materiais, zelar pela adequada utilização dos recursos recebidos e comunicar imediatamente qualquer irregularidade relacionada aos materiais ou bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Coordenação Administrativa

Compete acompanhar os indicadores de desempenho da área, supervisionar os processos administrativos, analisar relatórios gerenciais e promover ações voltadas à melhoria contínua da gestão logística e patrimonial.

Diretoria da Unidade

Compete acompanhar os resultados da gestão de almoxarifado e patrimônio, deliberar sobre situações excepcionais, apoiar a implementação das melhorias identificadas e assegurar o cumprimento das diretrizes institucionais.

Mecanismos de Rastreabilidade

Todos os materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais serão controlados por sistema informatizado, permitindo identificar sua origem, fornecedor, data de recebimento, lote, validade, localização física, movimentações realizadas, setor de destino, responsável pelo recebimento e situação atual.

Os registros administrativos possibilitarão a reconstrução integral da movimentação de cada item desde seu ingresso na unidade até sua utilização, transferência, devolução ou baixa patrimonial, garantindo transparência, segurança das informações e suporte às atividades de auditoria e prestação de contas.

Sempre que aplicável, serão utilizados mecanismos de identificação que permitam maior confiabilidade na gestão dos estoques e do patrimônio, tais como etiquetas patrimoniais, códigos de barras, QR Code ou outros recursos tecnológicos compatíveis com o sistema informatizado adotado pela instituição.

Monitoramento

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio realizará monitoramento contínuo dos processos administrativos, utilizando indicadores que permitam avaliar o desempenho operacional, a disponibilidade dos estoques, a eficiência logística e a confiabilidade dos registros patrimoniais.

Serão acompanhados, entre outros:

- ✓ Nível de atendimento das requisições;
- ✓ Índice de ruptura de estoque;
- ✓ Índice de perdas e avarias;
- ✓ Materiais próximos ao vencimento;
- ✓ Tempo médio de atendimento das solicitações;
- ✓ Divergências de inventário;
- ✓ Percentual de bens inventariados;
- ✓ movimentações patrimoniais registradas;
- ✓ índice de conformidade dos registros.

Os resultados serão consolidados em relatórios gerenciais periódicos, subsidiando a tomada de decisão, o planejamento das aquisições e a melhoria contínua dos processos administrativos.

Auditoria

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio estará sujeita a auditorias internas e externas destinadas à verificação da conformidade dos processos administrativos, dos controles de estoque e da gestão patrimonial.

As auditorias compreenderão a análise documental, conferência física dos estoques e bens patrimoniais, verificação das movimentações registradas,

avaliação da aderência às rotinas estabelecidas neste Manual e identificação de oportunidades de melhoria.

As não conformidades identificadas serão registradas em relatório específico, contendo plano de ação, responsáveis e prazos para implementação das medidas corretivas.

Prestação de Contas

As informações produzidas pela Gerência de Almoxarifado e Patrimônio subsidiarão a prestação de contas do Contrato de Gestão, permitindo demonstrar a adequada aplicação dos recursos públicos, a movimentação dos estoques, o controle patrimonial e a disponibilidade dos materiais necessários ao funcionamento das unidades.

Os relatórios administrativos e patrimoniais permanecerão arquivados em meio físico ou eletrônico, conforme a política institucional de gestão documental e os prazos legais de guarda, permanecendo disponíveis para consulta pelos órgãos de controle interno, controle externo, Secretaria Municipal de Saúde e demais instâncias fiscalizadoras.

Indicadores de Desempenho

Com o objetivo de promover a melhoria contínua da gestão logística e patrimonial, serão monitorados indicadores de desempenho que permitam avaliar a eficiência dos processos administrativos e subsidiar ações corretivas e preventivas.

Entre os principais indicadores destacam-se:

- índice de atendimento das requisições;
- tempo médio de reposição de materiais;
- índice de ruptura de estoque;
- índice de perdas por vencimento;
- índice de perdas por avarias;
- acuracidade do inventário;
- percentual de divergências patrimoniais;
- tempo médio de regularização das não conformidades;
- percentual de inventários realizados conforme cronograma;
- índice de conformidade dos registros patrimoniais.

Considerações Finais

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta para padronização dos processos administrativos da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e as normas institucionais aplicáveis.

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta inicial para padronização dos processos administrativos de faturamento, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e os sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde.

6.1.9 A.9. Apresentar Organização e Funcionamento dos Serviços Assistenciais e de Apoio do Respectivo Lote

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará os serviços assistenciais e de apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) de forma integrada, padronizada e orientada por processos, assegurando a adequada operacionalização do objeto contratual, a continuidade da assistência, a utilização racional dos recursos disponíveis e a observância das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), pela Rede de Atenção às Urgências (RUE), pelo Termo de Referência e pelas normas da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

A organização dos serviços contemplará a estruturação dos componentes assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio necessários ao funcionamento ininterrupto do SAMU 192, compreendendo a Central de Regulação Médica das Urgências, as unidades móveis, as equipes

multiprofissionais, os processos de trabalho, os fluxos operacionais, os protocolos assistenciais, os sistemas de informação, os serviços de apoio logístico e administrativo e os mecanismos de monitoramento e avaliação da execução contratual.

Os processos serão desenvolvidos com base em protocolos clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), normas institucionais, instrumentos de gestão e sistemas oficiais de informação, promovendo padronização das condutas, segurança do paciente, rastreabilidade das informações, integração entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Nos itens subsequentes são apresentadas a estrutura organizacional, a composição das equipes, as atribuições dos profissionais, os fluxos de atendimento, os protocolos assistenciais, os processos de trabalho, a integração com a Rede Municipal de Saúde e a organização dos serviços de apoio, demonstrando a metodologia adotada para garantir atendimento pré-hospitalar móvel ágil, seguro, resolutivo e em conformidade com as exigências estabelecidas no Edital e no Contrato de Gestão.

6.1.9.1 Estrutura Organizacional

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) constituirá o componente móvel da Rede de Atenção às Urgências (RUE), destinado à prestação da assistência pré-hospitalar móvel às situações de urgência e emergência, atuando de forma integrada com a Central de Regulação Médica das Urgências e os demais componentes da Rede Municipal de Saúde. Sua organização e funcionamento observarão os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), da Rede de Atenção às Urgências (RUE), as normas do Ministério da Saúde, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e as disposições estabelecidas no Termo de Referência.

A organização dos serviços assistenciais será estruturada por meio da Central de Regulação Médica das Urgências, compreendendo a recepção das

solicitações realizadas por meio do número **192**, a avaliação das ocorrências, a regulação médica, a definição do recurso assistencial mais adequado, o monitoramento dos atendimentos e a ordenação dos fluxos assistenciais, utilizando protocolos de regulação médica e sistemas oficiais de informação, em integração permanente com as unidades móveis e os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências.

O atendimento pré-hospitalar móvel será realizado pelas Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) e Motolâncias, conforme a configuração prevista para o Sistema Regional do SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos, observando os critérios técnicos, os protocolos assistenciais e os fluxos regulatórios estabelecidos para cada tipo de ocorrência.

O processo assistencial compreenderá o atendimento às urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e demais situações previstas na Política Nacional de Atenção às Urgências, contemplando avaliação inicial, atendimento pré-hospitalar móvel, estabilização clínica quando indicada, transporte assistido e encaminhamento ao serviço de referência definido pela Central de Regulação Médica das Urgências, assegurando a continuidade da assistência na Rede Municipal de Saúde.

O funcionamento do serviço será apoiado por processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio padronizados, utilizando protocolos clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), fluxos operacionais e sistemas oficiais de informação, assegurando a rastreabilidade das ocorrências, a padronização das condutas, o monitoramento dos atendimentos e a integração entre todos os componentes do serviço.

A organização do serviço assegurará integração permanente entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as unidades móveis, os hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a Atenção Primária à Saúde e os demais componentes da Rede Municipal de Saúde, favorecendo o encaminhamento regulado aos serviços de referência, a continuidade da assistência e a organização dos fluxos regulatórios estabelecidos.

O serviço contemplará as ações do Núcleo de Educação em Urgência (NEU), conforme previsto no Termo de Referência, incluindo educação permanente para os profissionais do SAMU 192, elaboração e atualização dos protocolos de atendimento às urgências, capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde, dos hospitais, Pronto-Socorro e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), proposição dos fluxos das Portas de Emergência da Região, desenvolvimento do Projeto Samuzinho e capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia Saúde da Família para atuação como multiplicadores das ações educativas.

O monitoramento da execução dos serviços será realizado por meio do acompanhamento dos indicadores quantitativos e qualitativos previstos no Contrato de Gestão e no Termo de Referência, contemplando, entre outros, atendimentos regulados, saídas de viaturas, tempos de resposta, adequação da regulação médica, ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação em Urgência, relatórios gerenciais e demais indicadores pactuados, subsidiando a avaliação contínua da qualidade, da eficiência operacional e da execução contratual.

A organização dos serviços assistenciais e de apoio compreenderá, de forma integrada, a Central de Regulação Médica das Urgências, as unidades móveis, os serviços administrativos, a assistência farmacêutica, os materiais médico-hospitalares, os sistemas de comunicação, os sistemas de informação, a infraestrutura, a higienização e os demais serviços de apoio previstos no Termo de Referência, necessários ao adequado funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

A estrutura organizacional e operacional adotada permitirá a padronização dos processos assistenciais, a organização dos fluxos de atendimento, a utilização racional dos recursos disponíveis, o fortalecimento da integração entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e a melhoria contínua da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel.

Por meio dessa organização, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) assegurará atendimento pré-hospitalar móvel ágil, regulado, seguro, integrado e resolutivo, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências,

do Contrato de Gestão, do Termo de Referência e das normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contribuindo para a qualificação contínua da assistência prestada à população.

6.1.9.2 Composição das Equipes

A composição da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) foi estruturada em conformidade com o dimensionamento de recursos humanos estabelecido no Termo de Referência, considerando a organização dos serviços, o funcionamento ininterrupto da Central de Regulação das Urgências, das Unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV), das Motolâncias e das atividades de gestão, educação permanente, apoio administrativo e suporte operacional.

A equipe é composta por profissionais de diferentes categorias, distribuídos de acordo com as atribuições inerentes a cada área de atuação, contemplando funções de gestão, assistência, regulação médica, operação das unidades móveis, assistência farmacêutica e apoio administrativo, observando as jornadas de trabalho previstas para cada cargo e a legislação profissional aplicável.

A estrutura funcional compreende Coordenador Geral do Serviço, Coordenador de Enfermagem – Responsável Técnico, Supervisor de Frota, Enfermeiro do Núcleo de Educação em Urgência, Enfermeiros assistenciais, Enfermeiros das Motolâncias, Técnicos de Enfermagem, Condutores de Veículos de Urgência, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), Rádio Operadores, Farmacêutico Responsável Técnico, Assistente Administrativo e Jovem Aprendiz.

O dimensionamento dos profissionais possibilita a execução das atividades administrativas, operacionais e assistenciais previstas para o serviço, abrangendo a Central de Regulação Médica das Urgências, as equipes das Unidades de Suporte Avançado de Vida, as Motolâncias e os setores de apoio, conforme quantitativos definidos no Termo de Referência.

SAMU 192				
Cargo	**Carga Horária**	**PMO**	**OSC**	**À CONTRATAR**
Coordenador Geral do Serviço	40h	0	1	1
Coordenador de Enfermagem (Responsável Técnico)	40h	0	1	1
Supervisor de Frota	40h	0	1	1
Enfermeiro - Núcleo de Educação em Urgência	40h	0	1	1
Enfermeiro	12x36h	0	3	3
Enfermeiro - Motolância	12x36h	0	9	9
Técnico de Enfermagem	12x36h	0	6	6
Condutor de Veículo de Urgência	12x36h	0	17	17
Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM)	12x36h	0	8	8
Rádio Operador	12x36h	0	6	6
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Farmacêutico (Responsável Técnico)	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	30h	0	1	1
		0	**56**	**56**

UNIDADE	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	JORNADA TR	DIMENSIONAMENTO	CEDIDOS PMM	À CONTRATAR OSS
SAMU - Base Centralizada	Coordenador Médico / RT CRM	20h	1 profissional	0	1
SAMU - Central de Regulação	Médico Regulador	12h	1 MR 24h; 60 plantões mensais	3	1
SAMU - SAV	Médico Interventor	12h	1 SAV; 60 plantões mensais	3	1
				0	**3**

6.1.9.3 Atribuições dos Profissionais

As atribuições dos profissionais que comporão a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) observarão o dimensionamento, os requisitos e as competências estabelecidos no Termo de Referência, bem como as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), as normas do Ministério da Saúde e a legislação aplicável ao atendimento pré-hospitalar móvel. A composição da equipe atenderá ao quantitativo mínimo de profissionais previsto no Termo de Referência, contemplando os cargos necessários à operacionalização da Central de Regulação Médica das Urgências, das Unidades de Suporte Básico, das Unidades de Suporte Avançado, das Motolâncias e das atividades administrativas e de apoio, observadas as competências específicas de cada categoria profissional e as disposições constantes do Quadro de Cargos, Requisitos e Competências.

Coordenador Geral do Serviço

Atuação no gerenciamento geral do serviço, coordenação das atividades operacionais e administrativas, planejamento das ações, acompanhamento dos processos e articulação institucional, conforme as diretrizes estabelecidas para o funcionamento do SAMU 192.

Coordenador Médico

Atuação na coordenação das atividades médicas do serviço, acompanhamento dos processos assistenciais relacionados à regulação médica e ao atendimento pré-hospitalar móvel, em conformidade com os protocolos e normas técnicas vigentes.

Coordenador de Enfermagem

Atuação na coordenação da equipe de enfermagem, acompanhamento das atividades assistenciais, organização dos processos de trabalho, elaboração

e atualização de protocolos e monitoramento da qualidade da assistência de enfermagem.

Supervisor de Frota

Atuação no acompanhamento operacional da frota de ambulâncias, monitoramento das condições de funcionamento dos veículos, organização da disponibilidade operacional e apoio às atividades relacionadas ao transporte sanitário de urgência.

Médico Regulador

Atuação na Central de Regulação Médica das Urgências, realizando avaliação das solicitações, classificação das ocorrências, definição da resposta assistencial, orientação das equipes e regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência, conforme protocolos estabelecidos.

Médico Interventor

Atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, realizando avaliação clínica, estabilização do paciente, intervenções médicas necessárias e acompanhamento durante o transporte assistido, conforme protocolos assistenciais vigentes.

Enfermeiro do Núcleo de Educação

Atuação no Núcleo de Educação em Urgência, desenvolvendo ações de educação permanente voltadas aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), apoio à elaboração e atualização de protocolos de atendimento às urgências, realização de atividades de capacitação destinadas às equipes da Atenção Primária à Saúde, unidades hospitalares, serviços de urgência e emergência e demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, bem como desenvolvimento das ações educativas do Projeto Samuzinho, conforme as diretrizes estabelecidas no Termo de Referência.

Enfermeiro

Atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, prestando assistência de enfermagem, realizando procedimentos compatíveis com sua formação profissional, participando da avaliação clínica dos pacientes e atuando de acordo com os protocolos assistenciais do serviço.

Enfermeiro – Motolância

Atuação na unidade de Motolância, realizando atendimento pré-hospitalar móvel, primeiros atendimentos às vítimas, suporte básico e intermediário de vida, atendimento conforme protocolos clínicos e de trauma, além da condução da motocicleta de emergência, observando os requisitos técnicos previstos no Termo de Referência.

Auxiliar de Enfermagem

Atuação na assistência de enfermagem durante os atendimentos pré-hospitalares, executando procedimentos compatíveis com sua formação profissional e apoiando as equipes assistenciais durante o atendimento aos pacientes.

Técnico de Enfermagem

Atuação na assistência de enfermagem durante os atendimentos pré-hospitalares móveis, executando procedimentos técnicos previstos para a categoria profissional e colaborando na estabilização e transporte dos pacientes.

Condutor de Veículo de Urgência

Condução de veículos de emergência com segurança, apoio às equipes durante os atendimentos, verificação das condições operacionais do veículo, acompanhamento da manutenção, realização da limpeza e observância dos protocolos operacionais de urgência.

Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM)

Atendimento das chamadas de emergência, coleta das informações necessárias, registro das ocorrências, orientação inicial aos usuários e

acionamento das equipes, conforme os fluxos estabelecidos pela Central de Regulação Médica das Urgências.

Rádio Operador

Operação dos sistemas de radiocomunicação, comunicação entre a Central de Regulação e as equipes móveis, acompanhamento da movimentação das unidades e apoio às atividades operacionais do serviço.

Auxiliar Administrativo

Execução das atividades administrativas de apoio ao funcionamento do serviço, organização documental, controle de registros e suporte às rotinas administrativas do SAMU 192.

Assistente Administrativo

Recebimento, organização, classificação, conferência, registro e distribuição de documentos administrativos, elaboração de relatórios e apoio às atividades administrativas da Central de Regulação Médica das Urgências.

6.1.9.4 Fluxos de Atendimento

Os fluxos de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) serão organizados de forma padronizada, integrada e sistematizada, observando as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), os protocolos do Ministério da Saúde, as normas técnicas vigentes e as disposições estabelecidas no Termo de Referência. A organização dos fluxos assistenciais assegurará agilidade na resposta às ocorrências, segurança do paciente, rastreabilidade das informações, adequada utilização dos recursos assistenciais e integração entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as unidades móveis e os demais componentes da Rede Municipal de Saúde.

O fluxo assistencial compreenderá:

- ✓ recebimento das solicitações de atendimento por meio do número **192** pela Central de Regulação Médica das Urgências;
- ✓ registro da ocorrência nos sistemas oficiais de informação;

- ✓ coleta das informações necessárias para caracterização da ocorrência;
- ✓ avaliação, classificação e priorização das solicitações, conforme protocolos de regulação médica;
- ✓ orientação médica ao solicitante, quando indicada, de acordo com os protocolos assistenciais;
- ✓ definição do recurso assistencial mais adequado para cada ocorrência;
- ✓ acionamento e despacho da Unidade de Suporte Básico de Vida (USB), Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) ou Motolância, conforme a necessidade identificada;
- ✓ acompanhamento da ocorrência pela Central de Regulação Médica durante toda a execução do atendimento;
- ✓ deslocamento da equipe até o local da ocorrência;
- ✓ realização do atendimento pré-hospitalar móvel, conforme protocolos assistenciais vigentes;
- ✓ estabilização clínica do paciente, quando indicada;
- ✓ definição do serviço de referência por meio da Central de Regulação Médica das Urgências;
- ✓ transporte assistido ao serviço de saúde definido pela regulação, quando necessário;
- ✓ comunicação entre a equipe assistencial e o serviço de destino, assegurando a continuidade da assistência;
- ✓ registro completo do atendimento e encerramento da ocorrência nos sistemas oficiais de informação.

Os atendimentos serão realizados de acordo com a classificação da ocorrência, observando critérios técnicos, protocolos clínicos e fluxos regulatórios estabelecidos para o atendimento das urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e demais situações contempladas pela Política Nacional de Atenção às Urgências e pela Rede de Atenção às Urgências.

Os fluxos operacionais contemplarão a integração permanente entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as Unidades de Suporte Básico de Vida, as Unidades de Suporte Avançado de Vida, as Motolâncias, os hospitais, as unidades de pronto atendimento, a Atenção Primária à Saúde e os demais serviços da Rede Municipal de Saúde, assegurando a adequada referência dos usuários, a continuidade da assistência, a comunicação entre os serviços e a organização dos encaminhamentos conforme os fluxos regulatórios estabelecidos.

Todas as ocorrências serão registradas nos sistemas oficiais de informação e nos instrumentos operacionais do serviço, garantindo a rastreabilidade das ações desenvolvidas, a consolidação dos indicadores assistenciais e operacionais, o acompanhamento dos fluxos de atendimento, o monitoramento dos tempos de resposta e a avaliação contínua do desempenho do serviço, em conformidade com as metas qualitativas e quantitativas previstas no Contrato de Gestão e no Termo de Referência.

A organização dos fluxos assistenciais permitirá resposta oportuna às urgências e emergências, padronização das etapas do atendimento, integração entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as unidades móveis e os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, promovendo assistência segura, eficiente, resolutiva e alinhada às diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Termo de Referência e pelo Contrato de Gestão.

6.1.9.5 Protocolos Assistenciais

Os **Protocolos Assistenciais** que integram este Manual constituem instrumentos técnicos de apoio à prática clínica e à organização dos processos assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde, com a finalidade de promover a padronização das condutas, a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Em razão da natureza dinâmica das evidências científicas, das atualizações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), das normas do Ministério da Saúde, das recomendações das sociedades científicas e das necessidades assistenciais identificadas durante a execução contratual, os protocolos específicos encontram-se disponibilizados no **Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS** deste Manual.

Os anexos poderão ser **atualizados, complementados ou substituídos sempre que houver necessidade técnica ou normativa**, sem prejuízo da estrutura principal deste documento, garantindo a adoção das melhores práticas assistenciais e o alinhamento às políticas públicas vigentes.

Após a assinatura do contrato, os Protocolos Assistenciais serão submetidos a processo de **revisão técnica periódica**, podendo sofrer adequações decorrentes de alterações na legislação, atualização das evidências científicas, publicação de novos protocolos ministeriais, incorporação de tecnologias em saúde, revisão dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde ou necessidades identificadas pela Comissão Técnica e pela gestão contratante.

As revisões serão formalmente registradas por meio de controle de versão, assegurando a rastreabilidade das alterações, a divulgação às equipes assistenciais e a manutenção da conformidade com os princípios da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua da assistência.

6.1.9.6 Processos de Trabalho

Os processos de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) serão organizados de forma integrada, sistematizada e orientados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de

Atenção às Urgências (PNAU), da Rede de Atenção às Urgências (RUE), das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e das metas previstas no Contrato de Gestão. A organização das atividades terá como foco a assistência centrada no usuário, a segurança do paciente, a resposta oportuna às urgências e emergências, a eficiência operacional e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Os processos de trabalho serão estruturados por meio da padronização dos processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio, utilizando protocolos clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), fluxos operacionais, normas institucionais e instrumentos técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando uniformidade das condutas, organização das atividades, integração entre as equipes e utilização racional dos recursos disponíveis.

O processo assistencial terá início com o recebimento das solicitações de atendimento pela Central de Regulação Médica das Urgências, por meio do número 192, contemplando o registro da ocorrência, coleta das informações necessárias, classificação da prioridade, definição do recurso assistencial mais adequado, despacho da unidade móvel e monitoramento do atendimento, conforme protocolos estabelecidos para o serviço.

Os atendimentos serão desenvolvidos pelas Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) e Motolâncias, observando os fluxos assistenciais estabelecidos para as urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e demais situações contempladas pela Política Nacional de Atenção às Urgências. As unidades móveis serão acionadas exclusivamente pela Central de Regulação Médica das Urgências, conforme critérios técnicos e protocolos assistenciais vigentes.

O atendimento pré-hospitalar compreenderá a avaliação inicial da vítima, estabilização clínica quando indicada, realização das intervenções previstas nos protocolos assistenciais, monitoramento durante o atendimento e definição do encaminhamento ao serviço de saúde mais adequado, de acordo com a classificação da ocorrência e a regulação médica, assegurando a continuidade da assistência na Rede de Atenção à Saúde.

Os processos de trabalho contemplarão a integração permanente entre a Central de Regulação Médica, as unidades móveis, os hospitais, unidades de pronto atendimento, Atenção Primária à Saúde e demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, promovendo a adequada referência dos usuários, o compartilhamento das informações assistenciais e a continuidade do cuidado conforme os fluxos regulatórios estabelecidos.

Todos os atendimentos serão registrados nos sistemas oficiais de informação e nos instrumentos operacionais adotados pelo serviço, assegurando rastreabilidade das ocorrências, confiabilidade dos registros, consolidação dos indicadores assistenciais, monitoramento da produção, acompanhamento dos tempos de resposta e suporte ao processo de avaliação da execução contratual.

Os processos operacionais compreenderão ainda a organização da Central de Regulação Médica das Urgências, das bases operacionais, das unidades móveis e dos sistemas de comunicação, garantindo a integração entre os profissionais, o fluxo contínuo das informações e a adequada operacionalização do serviço durante as vinte e quatro horas do dia.

Os processos administrativos e de apoio serão organizados de forma integrada às atividades assistenciais, contemplando a gestão documental, controle dos registros operacionais, apoio administrativo, gerenciamento de medicamentos e materiais, organização dos recursos operacionais e utilização dos sistemas de informação necessários ao funcionamento do serviço, conforme estabelecido no Termo de Referência.

O monitoramento dos processos de trabalho será realizado de forma contínua por meio da análise dos indicadores quantitativos e qualitativos previstos no Contrato de Gestão e no Termo de Referência, incluindo atendimentos regulados, saídas de viaturas, tempos de resposta, adequação da regulação médica, ações de educação permanente, relatórios gerenciais e demais indicadores estabelecidos para avaliação do desempenho do serviço. Os resultados subsidiarão a revisão dos fluxos operacionais, a atualização dos protocolos assistenciais e o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho.

Dessa forma, os processos de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) serão desenvolvidos de forma integrada,

padronizada e orientada por resultados, assegurando atendimento pré-hospitalar móvel ágil, seguro, resolutivo e em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, do Termo de Referência, do Contrato de Gestão e das normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

6.1.9.7 Integração com a Rede Municipal de Saúde

A integração do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) com a Rede Municipal de Saúde será desenvolvida de forma permanente, organizada e articulada, assegurando a continuidade da assistência aos usuários, a adequada regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência e a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE) e das normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

O processo assistencial será organizado de forma integrada entre a Central de Regulação Médica das Urgências, as Unidades de Suporte Básico (USB), as Unidades de Suporte Avançado (USA), as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, serviços especializados, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Defesa Civil e demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, garantindo atendimento oportuno, seguro e resolutivo.

O atendimento às solicitações será realizado mediante regulação médica, classificação da gravidade, definição da resposta assistencial mais adequada e encaminhamento do recurso móvel compatível com a complexidade da ocorrência, observando protocolos clínicos, critérios técnicos e fluxos operacionais padronizados.

Após a estabilização clínica do paciente, a equipe assistencial realizará o encaminhamento ao serviço de referência definido pela Central de Regulação, assegurando a transferência segura das informações clínicas, a comunicação

entre os serviços envolvidos e a continuidade da assistência no ponto de atenção mais adequado às necessidades do usuário.

A integração com a Rede Municipal contemplará o compartilhamento de informações assistenciais, utilização dos sistemas oficiais de informação, comunicação permanente entre os serviços, acompanhamento dos fluxos regulatórios e articulação com as equipes hospitalares e da Atenção Primária à Saúde, favorecendo a continuidade do cuidado após a resolução da urgência ou emergência.

Também serão desenvolvidas ações conjuntas de planejamento, educação permanente, simulações operacionais, atualização dos protocolos assistenciais, discussão de casos e reuniões técnicas entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências, fortalecendo a integração interinstitucional, a qualificação das equipes e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

O monitoramento da integração será realizado por meio de indicadores operacionais e assistenciais, incluindo tempo-resposta, tempo de despacho, tempo de chegada ao local da ocorrência, tempo de permanência na cena, tempo de transferência ao serviço de referência, taxa de encaminhamento adequado, qualidade dos registros assistenciais, segurança do paciente, satisfação dos usuários e cumprimento das metas contratuais, permitindo a análise contínua do desempenho do serviço e a implementação de ações corretivas sempre que necessário.

A gestão promoverá auditorias assistenciais, avaliação sistemática dos fluxos operacionais, análise dos indicadores de desempenho, monitoramento da efetividade da regulação médica e reuniões periódicas com os gestores da Rede Municipal de Saúde, visando fortalecer a integração entre os serviços, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e ampliar a resolutividade do atendimento pré-hospitalar móvel.

Dessa forma, a integração do SAMU 192 com a Rede Municipal de Saúde garantirá assistência ágil, segura, regulada e baseada em evidências, fortalecendo a Rede de Atenção às Urgências, qualificando o atendimento pré-hospitalar móvel e assegurando a continuidade do cuidado aos usuários, em

conformidade com as diretrizes estabelecidas no Contrato de Gestão, no Termo de Referência e nas políticas públicas de saúde vigentes.

6.1.9.8 Serviços de Apoio Operacional e Administrativo

I. Limpeza, processamento (esterilização) de artigos e instrumentais médicos hospitalares

Consiste na contratação de empresa especializada para prestação de serviços de limpeza, com fornecimento de mão de obra, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários à obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene, sob inteira responsabilidade da contratada em locais determinados da Unidade.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA (EMPRESA DE LIMPEZA) A Contratada além do fornecimento de mão de obra, dos saneantes domissanitários, materiais, e equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes no Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para prestação dos serviços

- ✓ Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- ✓ Selecionar e preparar tecnicamente os funcionários que irão prestar os serviços, encaminhando os funcionários com os níveis de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- ✓ Capacitar o seu pessoal quanto ao uso racional da água, colaborando com medidas de redução de consumo e evitar o desperdício de água tratada;
- ✓ Manter todos os funcionários inclusive os da administração devidamente uniformizados. È obrigatório a identificação através de crachás no ato do início do trabalho, com fotografia recente e provendo-os dos equipamentos de proteção individual EPI's. Não será autorizada a permanência de funcionários sem identificação funcional, identificado como crachá;

- ✓ Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;
- ✓ Fornecer todos os equipamentos de segurança, materiais de higiene aos seus empregados no exercício de suas funções, bem como os equipamentos para os operadores de balancim;
- ✓ Realizar treinamento admissional. As reciclagens deverão ser realizadas a cada três meses, ou mais vezes se necessário, para os empregados que realizarão os trabalhos nas áreas Hospitalares, emitindo previamente a Contratante cronograma anual, com o conteúdo programático que será acompanhado pela Contratante. Após o término enviar relatório de conclusão, com a avaliação final, cópia da lista de presença e com horas de treinamento;
- ✓ Manter sediado junto à Contratante durante os turnos de trabalho, quadro de funcionários capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
- ✓ Apresentar cópias dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMS e de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA, de acordo com as normas regulamentadoras nº 07 e 09, respectivamente;
- ✓ Dar treinamento específico para os funcionários que exercerão as funções de coleta de resíduos, bem como designar equipes nos 3 (três) turnos de trabalho;
- ✓ Somente após a realização do treinamento técnico de limpeza, com avaliação do conteúdo programático efetuado pelo responsável técnico do licitante vencedor, é que poderão ser aplicados os exercício de fixação alusivos ao treinamento. O conteúdo do treinamento deverá conter, no mínimo, os fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPI's, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, princípios básicos de limpeza, manejo dos resíduos etc;
- ✓ Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus funcionários, das normas disciplinares determinadas pelo Contratante;
- ✓ O enfermeiro do quadro de funcionário da contratada deverá ter amplos conhecimentos de infecção hospitalar, noções de higiene e limpeza e conhecimentos administrativos referentes aos serviços de limpeza e higiene hospitalar;
- ✓ Manter quadro com enfermeiro com dedicação exclusiva para seleção e treinamento e com participação efetiva no processo de educação continuada;
- ✓ Exercer efetivo controle sobre a assiduidade e a pontualidade de seus funcionários;

- ✓ Fazer seguro de seus funcionários contra riscos de acidentes de trabalho, responsabilizando-se, também, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do contrato conforme exigência legal;
- ✓ Manter disciplina nos locais dos serviços, retirando no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, qualquer funcionário considerado com conduta.

Quanto à execução dos serviços

- ✓ Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor do contrato (Serviço de Higiene e Limpeza) e a CCIH, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, de maneira que a operacionalização dos serviços não interfira na ordem dos locais atendidos;
- ✓ Prestar os serviços com técnicas dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas, fornecendo todos os insumos inerentes à prestação de serviços, materiais e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequada para cada Unidade da área da Saúde;
- ✓ Os funcionários operacionais deverão proceder à limpeza da mobília nas unidades de internação, após alta, óbito e transferência do cliente. Nas salas de cirurgia, antes da primeira e após cada cirurgia com produtos já determinados, utilizando-se de materiais e recipientes diferenciados por cores;
- ✓ Dar ciência imediata e por escrito à Contratante sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
- ✓ Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações sobre seus serviços, sanando-as ao menor tempo possível;
- ✓ Apresentar relatório mensal de atividades desenvolvidas, ao responsável designado pela contratante de cada Unidade, contendo: dados do treinamento, treinamento, reciclagem, material de consumo que é fornecido pela Contratante, apresentando oportunamente o modelo dos controles e quando solicitado apresentar relatório de demissão e admissão dos funcionários;
- ✓ Responsabilizar-se, por eventuais paralisações, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus a Contratante, para que não haja interrupções nos serviços;
- ✓ Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu abastecimento.

Quanto aos produtos utilizados

Observar conduta adequada na utilização dos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

A Contratada deverá apresentar manual de técnicas e procedimentos para avaliação da Contratante;

Apresentar à Contratante cópia de toda a documentação da composição química dos produtos a serem utilizados. Registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), registro no Diário Oficial, e ficha técnica. No caso das soluções desinfetantes, os laudos de eficácia antimicrobiana, realizados em laboratórios credenciados pela ANVISA. Os produtos somente serão autorizados para uso após análise e autorização da Comissão de Infecção Hospitalar, e demais responsáveis técnicos da Contratante;

Todos os produtos que serão utilizados na execução dos serviços deverão ser de pronto uso. Caso contrário, o licitante deverá instalar uma central de diluição dos produtos, mantendo por escrito todas as rotinas de diluição, armazenamento. A diluição de hipoclorito de sódio é proibida;

Seguir os ditames legais da Lei Federal 6.360 de 13 setembro de 1976 e qualquer legislação pertinente, quanto as determinações de diluição dos insumos, quantidade dentre outros.

Quanto aos equipamentos e utensílios utilizados

- ✓ Identificar todos os equipamentos, materiais, e utensílios de sua propriedade; com número de patrimônio da contratada, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;
- ✓ Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, devidamente limpos e higienizados, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos à rede elétrica;
- ✓ Todos os carrinhos de limpeza deverão ter sistema duplo balde, bem como as cabeleiras de mopp deverão ter cores diferenciadas;
- ✓ Todos os materiais como: rodos, vassouras, escovas lavatinas, deverão ter cabos em alumínio e nada em madeira;

- ✓ Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade contratante e demais exigências legais nos termos da Resolução conjunta SS/SMA/SJDC nº1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde;

O acondicionamento, coleta I, coleta II dos resíduos das Unidades onde serão executados os serviços, deverão ser realizados de acordo com as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e (NBR) 9191, 7500, 12.810 e todas as legislações pertinentes de âmbito federal, estadual e municipal;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 2/3 de sua capacidade;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para cada resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura;

Fiscalização E Controle

Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente e por prepostos designados, podendo para isso:

- ✓ Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da Contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;

- ✓ Cabe ao Serviço de Contratos / DS examinar as Carteiras Profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional; recolhimento previdenciário e folha de pagamento.
- ✓ Solicitar à Contratada a substituição de qualquer saneante domissanitário, material ou equipamento cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;
- ✓ Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, em conformidade com os critérios estabelecidos no Anexo do Contrato – Avaliação da Qualidade da Limpeza, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

Avaliação da Qualidade da Higiene e Limpeza

Introdução

Este procedimento está vinculado aos contratos de prestação de serviços de limpeza e higienização das Bases do SAMU, Central de Regulação e demais dependências administrativas e operacionais e integra as especificações técnicas como obrigação da Contratada e responsabilidade de fiscalização da Contratante. A avaliação deverá ser realizada periodicamente, gerando relatórios mensais que servirão como base para eventuais ajustes nos valores faturados, de acordo com a pontuação obtida.

Objetivo

Padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos serviços de higiene e limpeza, assegurando conformidade com as normas sanitárias e operacionais vigentes.

Regras Gerais

A avaliação será realizada pela análise dos seguintes módulos:

- ✓ Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
- ✓ Pessoal;
- ✓ Frequência de execução;
- ✓ Inspeção dos serviços nas áreas hospitalares.

Critérios de Avaliação

A avaliação será registrada em formulário próprio, atribuindo-se

conceitos convertidos em pontuação:

- ✓ Muito Bom (3 pontos): Conformidade total dos critérios (ausência de poeira e sujidade; vidros e superfícies limpas; dispensadores abastecidos; recipientes de resíduos limpos, com sacos adequados e até 2/3 da capacidade; funcionário treinado, uniformizado e com EPI; uso de materiais padronizados; carrinho de limpeza limpo e organizado; adequação da sala de resíduos).
- ✓ Bom (2 pontos): Conformidade parcial dos critérios, com ocorrência isolada de falhas (poeira em local sem risco; lixeira fora do padrão; reabastecimento pontual não realizado).
- ✓ Regular (1 ponto): Desconformidade parcial dos critérios (poeira em diversos locais; múltiplas lixeiras fora do padrão; falhas recorrentes de reabastecimento; quebra de técnica de limpeza; saídas de ar-condicionado e móveis sujos; piso sujo ou molhado).
- ✓ Péssimo (0 ponto): Desconformidade total dos critérios (presença de sangue ou fluidos em superfícies; poeira em salas de procedimento; quebra de técnica; ausência ou uso incorreto de materiais, equipamentos e EPIs; recipientes de resíduos inadequados; sanitários e vestiários sujos; ausência de funcionário sem justificativa; piso sujo e escorregadio com risco de acidentes; não cumprimento do cronograma de limpeza sem comunicação prévia).

Emissão de Boletim Mensal

- ✓ As colaboradoras do Serviço de Higiene e Limpeza deverão preencher diariamente o formulário de vistoria, registrando todas as observações.
- ✓ Queixas técnicas ou operacionais feitas pelo cliente devem ser relatadas ao setor de Higiene e Limpeza (ATD), para análise conjunta com a empresa contratada e definição de estratégias corretivas imediatas.

Acompanhamento da Distribuição de Materiais de Higiene

O Supervisor de Higiene e Limpeza será responsável por acompanhar a distribuição e controle dos materiais de higiene, em articulação com o Almoxarifado. Mediante cota previamente estabelecida, deverão ser solicitadas entregas programadas de insumos, que incluem:

- ✓ Papel higiênico;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Sabonetes e antissépticos;
- ✓ Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos;
- ✓ Coletores para perfurocortantes;

- ✓ Dispensadores, toalheiros e suportes de papel.

Os materiais deverão ser estocados no depósito próprio, localizado no 4º andar do hospital, e distribuídos para os encarregados da empresa de limpeza conforme cotas definidas para cada área.

Estratégias de Controle:

- ✓ Monitoramento de queixas de usuários sobre falta, qualidade ou uso inadequado dos insumos;
- ✓ Visitas periódicas ao depósito para verificação de estoque e previsão de entrega;
- ✓ Registro de eventuais entregas não programadas;
- ✓ Parceria com usuários e colaboradores para assegurar o uso adequado dos materiais;
- ✓ Substituição de materiais em falta, seguindo critérios de qualidade e indicação;
- ✓ Realização de testes de novos insumos para cadastramento de fornecedores.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

A limpeza consiste na remoção de sujidades e odores em superfícies inanimadas, utilizando meios mecânicos, físicos ou químicos, visando reduzir a carga microbiana e promover segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes.

Classificação das Áreas Hospitalares:

- ✓ Áreas Críticas (CR): Demandam maior controle microbiológico devido ao risco de transmissão de infecções. Exemplos: centro cirúrgico, UTI, diálise, banco de sangue, enfermarias de alto risco, lactário, CME, laboratórios e banheiros de pacientes.
- ✓ Áreas Semicríticas (SC): Com menor risco de infecção, abrigam pacientes com doenças de baixa transmissibilidade. Exemplos: ambulatórios, unidades de internação, centro de radiodiagnóstico e salas de espera.
- ✓ Áreas Não Críticas (NC): Apresentam risco mínimo de infecção. Exemplos: refeitório, hotelaria, áreas de conforto e banheiros de funcionários.
- ✓ Áreas Administrativas: Destinadas a atividades de gestão. Exemplos: almoxarifado, depósitos, corredores, rampas, galpões, oficinas e subestações.

- ✓ Áreas Externas (AE): Espaços externos das edificações. Exemplos: calçadas, estacionamentos, guaritas e pátios.

Tipos de Limpeza:

- ✓ Limpeza Úmida: Realizada com pano, esponja ou mopp umedecidos em solução detergente ou desinfetante, seguida de enxágue. Indicada para pisos, paredes, mobiliário e equipamentos.
- ✓ Limpeza Molhada: Envolve esfregação e enxágue com água abundante, indicada principalmente em limpezas terminais. Recomenda-se o uso de máquinas automáticas em áreas sem ralos.
- ✓ Limpeza Seca: Feita por varredura em áreas externas ou aspiração em ambientes internos. Em pisos acarpetados, deve ser realizada diariamente por aspiração e periodicamente com higienização molhada.
- ✓ Desinfecção: Processo complementar à limpeza, aplicado em superfícies inertes, para eliminação de micro-organismos na forma vegetativa. Pode ser realizada separadamente ou em conjunto com produtos que associem limpeza e desinfecção.

Fluxo de limpeza e higienização das Bases do SAMU, Central de Regulação e demais dependências administrativas e operacionais

FLUXO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO – SAMU 192

BASES OPERACIONAIS, CENTRAL DE REGULAÇÃO E AMBULÂNCIAS

01 INÍCIO DO PROCESSO
Planejamento e organização das atividades de limpeza e higienização das bases operacionais, Central de Regulação e ambulâncias.

02 CLASSIFICAÇÃO DO AMBIENTE
Identificação das áreas administrativas, operacionais, de apoio e das viaturas, definindo o nível de risco e a frequência das atividades.

03 PREPARAÇÃO DA ATIVIDADE
Seleção dos EPIs, materiais, saneantes e equipamentos necessários para cada procedimento de limpeza.

04 LIMPEZA DAS BASES OPERACIONAIS
Execução da limpeza e desinfecção das áreas administrativas, salas de repouso, Central de Regulação, sanitários, almoxarifado, expurgo e áreas comuns.

05 HIGIENIZAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS
Limpeza concorrente entre atendimentos e limpeza terminal das USB e USA, conforme protocolos institucionais e normas de biossegurança.

06 DESINFECÇÃO DE MOBILIÁRIOS E EQUIPAMENTOS
Higienização de superfícies, mobiliários, macas, equipamentos e dispositivos reutilizáveis, conforme protocolo.

07 REPOSIÇÃO DE MATERIAIS E INSUMOS
Reposição de materiais de limpeza, EPIs, materiais de higiene e insumos utilizados nas bases e viaturas.

08 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS
Segregação, acondicionamento, coleta e transporte interno dos resíduos, conforme o PGRSS e a legislação vigente.

09 INSPEÇÃO E LIBERAÇÃO
Verificação das condições de limpeza, desinfecção e abastecimento das instalações e ambulâncias para retorno à operação.

10 REGISTRO E MONITORAMENTO
Registro das atividades executadas, tratamento das não conformidades e acompanhamento dos indicadores de qualidade.

11 FIM DO PROCESSO
Conclusão das atividades e disponibilização das bases operacionais e viaturas para atendimento.

PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO

Finalidade e Objetivos

O serviço de higienização tem por finalidade assegurar, por meio de empresa especializada, a manutenção das condições adequadas de limpeza, desinfecção, organização e salubridade das Bases Operacionais do SAMU 192, da Central de Regulação das Urgências, das ambulâncias e das áreas administrativas e de apoio, contribuindo para a segurança dos usuários, profissionais e para a continuidade das atividades assistenciais, em conformidade com a legislação sanitária, trabalhista e normas de biossegurança vigentes.

Organização e Contratação

- Contratação de empresa especializada, responsável pela execução integral dos serviços, fornecimento de mão de obra, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, utensílios e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- Apresentação da documentação legal aplicável, incluindo PCMSO, PGR, registros dos produtos junto à ANVISA, fichas técnicas, treinamentos obrigatórios e demais documentos exigidos pela legislação.
- Dimensionamento das equipes conforme a demanda operacional das bases, Central de Regulação e áreas administrativas, garantindo cobertura durante todo o funcionamento do serviço.

Gestão da Mão de Obra e Treinamento

- Seleção, capacitação inicial e educação permanente dos colaboradores, contemplando reciclagens periódicas e avaliação de desempenho.
- Capacitação específica em biossegurança, higienização de ambulâncias, limpeza de superfícies, utilização correta dos EPIs, manipulação de saneantes, gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde e prevenção da contaminação cruzada.

- Controle de assiduidade, pontualidade, utilização adequada dos EPIs, comportamento funcional e substituição imediata de profissionais quando necessário.

Execução dos Serviços de Higienização

- Planejamento, execução e supervisão permanente das atividades, em conjunto com a fiscalização do contrato e a coordenação do serviço.
- Higienização das Bases Operacionais, Central de Regulação, salas administrativas, salas de repouso, sanitários, almoxarifados, expurgos, áreas externas e demais dependências.
- Limpeza concorrente das ambulâncias após cada atendimento e limpeza terminal sempre que indicada pelos protocolos institucionais, assegurando condições adequadas para o retorno imediato das viaturas à operação.
- Execução dos procedimentos conforme protocolos institucionais, cronogramas estabelecidos e normas de biossegurança.

Materiais, Produtos e Equipamentos

- Utilização exclusiva de produtos regularizados pela ANVISA e compatíveis com os procedimentos de limpeza e desinfecção.
- Disponibilização de equipamentos, utensílios e materiais identificados, higienizados e mantidos em perfeitas condições de uso.
- Controle da preparação, armazenamento e utilização dos saneantes conforme especificações técnicas dos fabricantes.

Gerenciamento de Resíduos

- Segregação, acondicionamento, identificação, coleta e transporte interno dos resíduos conforme o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e legislação vigente.
- Utilização de recipientes apropriados, identificação por grupos de resíduos e observância das normas de biossegurança durante todas as etapas do manejo.

Fiscalização e Controle

- Fiscalização permanente da execução contratual pela gestão do serviço, podendo determinar correções, substituição de profissionais e adequações operacionais sempre que necessário.
- Monitoramento da qualidade dos serviços por meio de inspeções, checklists operacionais e indicadores de desempenho.
- Registro e tratamento das não conformidades, com acompanhamento das ações corretivas implementadas.

Avaliação da Qualidade e Relatórios

- Realização de inspeções periódicas das instalações e ambulâncias.
- Emissão de relatórios mensais contendo indicadores de desempenho, treinamentos realizados, consumo de materiais, não conformidades identificadas e ações corretivas executadas.
- Avaliação contínua da conformidade dos processos de higienização e da disponibilidade operacional das viaturas.

Controle e Distribuição de Materiais de Higiene

- Controle do estoque e distribuição programada de materiais de limpeza, saneantes, EPIs, papel toalha, papel higiênico, sabonetes, sacos para resíduos e demais insumos necessários à execução dos serviços.
- Monitoramento contínuo do consumo e reposição tempestiva dos materiais para evitar desabastecimento.

Tipos e Periodicidade da Higienização

- Execução de limpeza concorrente, limpeza terminal, limpeza programada e limpeza extraordinária, conforme o ambiente, a utilização das instalações e os protocolos institucionais.
- Higienização das ambulâncias após cada atendimento, sempre que houver contaminação aparente ou potencial, e limpeza programada das

bases operacionais, respeitando cronogramas previamente estabelecidos.

- Revisão periódica dos procedimentos, visando assegurar ambientes limpos, seguros, organizados e permanentemente aptos ao funcionamento do serviço.

O protocolo poderá sofrer alterações mediante a avaliação da gestão e de comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

II. Aquisição de Medicamentos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e executará o processo de aquisição de medicamentos como atividade estratégica de apoio operacional e administrativo, articulada ao planejamento assistencial das Unidades, de forma a garantir abastecimento regular, continuidade da assistência, segurança do paciente, racionalidade no uso dos recursos e conformidade com as normas legais, sanitárias e contratuais aplicáveis.

O processo será estruturado em fluxo padronizado, com definição de responsabilidades, prazos operacionais, mecanismos de rastreabilidade, monitoramento e controle, contemplando planejamento, aquisição, armazenamento, controle de estoque, distribuição e reposição de medicamentos e demais insumos necessários à execução dos serviços.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento de compras com base no perfil epidemiológico da população atendida, na carteira de serviços das Unidades, nas metas assistenciais pactuadas, no histórico de consumo, na sazonalidade da demanda, na padronização terapêutica adotada, nos protocolos clínicos e nas necessidades de segurança de estoque, com o objetivo de evitar rupturas de abastecimento e assegurar disponibilidade oportuna dos itens essenciais.

Adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de ressuprimento, classificação de criticidade dos itens, curva de consumo e análise periódica de giro, promovendo aquisição compatível com as necessidades reais do serviço e com o princípio da utilização racional dos recursos disponíveis.

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições das Unidades, análise técnica das demandas, validação quantitativa e qualitativa dos itens solicitados, verificação de saldo contratual e orçamentário, abertura dos processos de compra, pesquisa e comparação de preços, qualificação documental dos fornecedores, emissão dos instrumentos formais de contratação, acompanhamento do prazo de entrega, recebimento, conferência e liberação dos produtos para armazenamento e distribuição.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios técnicos e administrativos para seleção e contratação de fornecedores, priorizando regularidade fiscal e sanitária, capacidade logística, conformidade dos produtos ofertados, histórico de desempenho, prazo de entrega, rastreabilidade dos lotes, atendimento às especificações técnicas e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança. Também manterá mecanismos de avaliação periódica dos fornecedores, com registro de ocorrências relacionadas a atraso, entrega parcial, divergência de itens, não conformidade de embalagem, validade insuficiente, avarias, desvios de qualidade e reincidências operacionais, utilizando essas informações para qualificação contínua do processo de suprimentos.

No recebimento dos medicamentos, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, contemplando verificação de nota fiscal, ordem de compra, integridade da embalagem, nomenclatura, concentração, forma farmacêutica, lote, validade, temperatura de transporte quando aplicável e conformidade com as especificações pactuadas. Os itens recebidos somente serão liberados para entrada em estoque após registro em sistema, conferência documental e validação das condições de aceitação, sendo as inconformidades

formalmente registradas, segregadas e tratadas segundo fluxo próprio de devolução, substituição ou apuração junto ao fornecedor.

A etapa de armazenamento será organizada de forma a preservar estabilidade, integridade, identificação, rastreabilidade e segurança dos medicamentos, com observância às exigências de conservação, segregação por classe terapêutica e natureza do produto, controle de temperatura e umidade quando necessário, prevenção de perdas e monitoramento de validade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controle sistemático sobre itens termolábeis, sujeitos a controle especial, de alto custo, de uso crítico e de maior impacto assistencial, com registros permanentes das movimentações e critérios diferenciados de supervisão, segurança e reposição.

A distribuição dos medicamentos às unidades e setores assistenciais ocorrerá com base em programação regular e requisições formalizadas, respeitando perfil de consumo, saldo disponível, prioridade clínica, protocolos assistenciais e parâmetros de estoque definidos institucionalmente.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de dispensação interna e abastecimento que permitirão rastrear origem, lote, destino, quantidade, data de movimentação, responsável pela liberação e unidade requisitante, fortalecendo o controle interno, a segurança do processo e a transparência da execução contratual.

Com vistas à prevenção de desabastecimento, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotina permanente de monitoramento de consumo, cobertura de estoque, comportamento de demanda, itens críticos, validade próxima do vencimento e desempenho do tempo de reposição dos fornecedores.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para eventos de ruptura de fornecimento, elevação abrupta de consumo, indisponibilidade de mercado ou intercorrências logísticas, com priorização de itens essenciais, remanejamento interno tecnicamente justificado, revisão emergencial da programação de compras e

comunicação tempestiva aos gestores responsáveis, preservando a continuidade da assistência.

O processo de aquisição de medicamentos será integrado aos sistemas de informação oficiais e às ferramentas de gestão adotadas nas unidades, permitindo registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais e apoio à tomada de decisão, em alinhamento com a diretriz editalícia de utilização de sistemas integrados de informação e de mecanismos de controle e rastreabilidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará essas informações para análise de consumo, monitoramento de desempenho, prevenção de perdas, detecção de inconsistências, controle de inventário e produção de evidências para auditoria, faturamento, prestação de contas e avaliação quadrimestral do contrato.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá responsabilidades entre as áreas requisitantes, coordenação assistencial, farmácia, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, assegurando segregação de funções, conferência em etapas críticas, validação formal das movimentações e supervisão contínua dos resultados. Também implantará rotinas de auditoria e monitoramento com foco em conformidade documental, acurácia de estoque, tempo médio de reposição, índice de atendimento das requisições, índice de ruptura, perdas por vencimento, não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional de medicamentos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com identificação específica das despesas relacionadas a medicamentos e insumos, bem como a respectiva memória de cálculo, critérios de estimativa e justificativas técnicas. Os custos seram discriminados por rubrica orçamentária, com descrição e valor de cada item, e inclui expressamente a rubrica “2. Medicamentos/Insumos”, com subitem “2.1. Medicamentos”, além da obrigação de apresentação de planilha aberta com memória de cálculo e justificativas utilizadas para composição dos valores.

A execução desse serviço observará os princípios da fidedignidade contábil, transparência, rastreabilidade, economicidade e pertinência com o objeto contratual, vedada a adoção de critérios genéricos ou artificiais de lançamento de despesas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará de forma clara e específica os gastos vinculados à aquisição de medicamentos, demonstrará sua vinculação com a execução assistencial e manterá documentação comprobatória hábil para auditoria, monitoramento contratual e prestação de contas.

III. Aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Odontológicos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o processo de aquisição de materiais médicos hospitalares e odontológicos como atividade essencial de apoio operacional e administrativo, indispensável à continuidade, segurança, qualidade e eficiência dos serviços assistenciais contratados.

Esse processo será estruturado em fluxo padronizado, integrado às áreas assistenciais, administrativas, de almoxarifado e de gestão, contemplando planejamento, programação, aquisição, recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição, monitoramento de consumo e prevenção de desabastecimento, em conformidade com a exigência editalícia de descrição da logística de suprimentos e da organização e funcionamento dos serviços de apoio.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das aquisições com base no perfil de atendimento das unidades, na produção assistencial estimada, nas metas contratuais, no histórico de consumo, na criticidade dos procedimentos executados, na padronização institucional de materiais e nas necessidades específicas dos setores médico-hospitalares e odontológicos. Para assegurar suficiência operacional e

racionalidade no uso dos recursos, a instituição adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de reposição, classificação de criticidade, curva de consumo, avaliação de giro e análise de sazonalidade, prevenindo faltas, excessos, perdas e aquisições incompatíveis com a real demanda assistencial.

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições oriundas dos setores assistenciais e de apoio, análise técnica das especificações dos materiais, validação quantitativa e qualitativa das demandas, verificação de disponibilidade orçamentária, instrução dos processos de compra, pesquisa de preços, seleção e qualificação de fornecedores, formalização da contratação, acompanhamento dos prazos de entrega e fiscalização do cumprimento das condições pactuadas. Esse fluxo observará rotinas administrativas formais e integradas à gerência de almoxarifado e patrimônio, conforme o edital exige ao determinar a descrição dos processos de recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação, rastreabilidade, monitoramento, auditoria e prestação de contas dos materiais, insumos, medicamentos, equipamentos e bens patrimoniais das Unidades de Saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá especificações técnicas padronizadas para os materiais médicos hospitalares e odontológicos, considerando requisitos de qualidade, segurança, funcionalidade, compatibilidade com os procedimentos realizados, conformidade regulatória e adequação ao perfil assistencial da rede. A instituição adotará critérios técnicos e administrativos para seleção de fornecedores, priorizando regularidade fiscal e sanitária, qualificação técnica, capacidade de entrega, conformidade dos produtos ofertados, rastreabilidade, histórico de desempenho, suporte operacional e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança, de modo a assegurar economicidade sem comprometimento da assistência.

No recebimento dos materiais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, verificando nota fiscal, ordem de compra, especificação técnica, marca, lote quando aplicável, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte e conformidade do item entregue com o material

contratado. Os produtos somente serão incorporados ao estoque após validação formal de recebimento e registro nos sistemas de controle, sendo as inconformidades segregadas, notificadas e tratadas por fluxo específico, com registro de ocorrência, devolução, substituição ou apuração de responsabilidade junto ao fornecedor, conforme a natureza do desvio identificado

A etapa de armazenamento será organizada de modo a garantir conservação adequada, integridade física, identificação correta, segurança, rastreabilidade e pronta disponibilidade dos materiais para uso assistencial. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotinas de acondicionamento compatíveis com as características dos materiais médico-hospitalares e odontológicos, com segregação por grupo, finalidade, criticidade, validade, rotatividade e requisitos específicos de conservação, promovendo controle permanente sobre itens estéreis, descartáveis, de uso invasivo, de maior sensibilidade técnica, de alto custo ou de maior impacto sobre a continuidade da assistência.

A distribuição dos materiais às unidades e setores ocorrerá mediante requisições padronizadas, programação de abastecimento e critérios de prioridade definidos conforme perfil de consumo, produção assistencial, risco de descontinuidade e criticidade clínica. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de rastreabilidade que permitirão identificar item, quantidade, lote quando aplicável, data de movimentação, setor de destino, responsável pela liberação e unidade solicitante, fortalecendo a segurança do processo, a transparência da execução contratual e a capacidade de resposta em situações de não conformidade, recolhimento ou investigação interna.

Com o objetivo de prevenir desabastecimento, desperdício e perdas operacionais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo do consumo, cobertura de estoque, comportamento de demanda, itens críticos, validade, índice de perdas, tempo médio de reposição e desempenho dos fornecedores. A instituição adotará plano de contingência para situações de ruptura, atraso de entrega, aumento inesperado da demanda, indisponibilidade de mercado ou intercorrências

logísticas, com remanejamento interno tecnicamente controlado, revisão emergencial da programação de compras, priorização de materiais essenciais e acionamento tempestivo dos fluxos administrativos necessários à preservação da continuidade assistencial.

O processo de aquisição de materiais médicos hospitalares e odontológicos será integrado aos sistemas de informação utilizados na gestão da unidade, permitindo registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais, auditoria de movimentações, acompanhamento de consumo e apoio à tomada de decisão. Em consonância com o edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará mecanismos de controle e rastreabilidade para monitorar entradas, saídas, saldo, inventário, divergências, perdas, consumo por setor, frequência de reposição e aderência às rotinas institucionais, fortalecendo a gestão baseada em evidências e a prestação de contas do contrato.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre as áreas requisitantes, coordenações assistenciais, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, com segregação de funções, validação técnica das demandas, conferência em etapas críticas e supervisão contínua dos resultados. Também implantará rotinas de auditoria interna e monitoramento voltadas à acurácia do estoque, conformidade documental, índice de atendimento das requisições, perdas por vencimento ou avaria, divergências de inventário, tempo médio de reposição, incidência de não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional dos materiais utilizados.

Em estrita aderência ao edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição específica dos itens, valores correspondentes, critérios de estimativa e memória de cálculo. O edital determina que as despesas sejam discriminadas por rubrica orçamentária, com descrição e valor de cada item, vedando itens genéricos e exigindo planilha aberta com justificativas e metodologia de cálculo, além de

contemplar expressamente, no detalhamento de custos por despesa, o subitem "Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)", o que ampara o adequado enquadramento financeiro desse grupo de materiais no Plano de Trabalho.

A execução dessa atividade observará os princípios da economicidade, fidedignidade contábil, rastreabilidade, clareza, transparência e vinculação estrita ao objeto contratual, sendo vedada a adoção de classificações artificiais ou genéricas que comprometam a compreensão da despesa.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará de forma precisa os materiais adquiridos, demonstrará sua pertinência com os processos assistenciais e operacionais das unidades e manterá documentação comprobatória suficiente para auditoria, monitoramento contratual, avaliação de desempenho e prestação de contas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

IV. Aquisição de Material de Enfermagem, Saúde Bucal e de Consumo em Geral

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o processo de aquisição de material de enfermagem, saúde bucal e de consumo em geral, como atividade essencial de apoio operacional e administrativo necessária ao funcionamento contínuo, seguro e eficiente das Unidades sob sua gestão.

O processo será desenvolvido por meio de fluxo padronizado de logística de suprimentos, contemplando planejamento, programação, aquisição, recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição e monitoramento de consumo, que exige a descrição desses mecanismos para medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das aquisições com base no perfil assistencial das

unidades, na demanda esperada, na produção programada, nas metas contratuais, no histórico de consumo, na padronização institucional dos materiais, na criticidade dos procedimentos executados e nas necessidades específicas dos serviços de enfermagem, saúde bucal e apoio operacional.

Para garantir racionalidade no uso dos recursos e continuidade do abastecimento, a instituição adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de reposição, análise de giro, classificação de criticidade, frequência de utilização e avaliação periódica de consumo, prevenindo faltas, excessos, perdas e aquisições desconectadas da necessidade real da operação.

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições oriundas dos setores assistenciais e administrativos, análise técnica das especificações dos itens solicitados, validação quantitativa e qualitativa da demanda, verificação da disponibilidade orçamentária, instrução do processo de compra, pesquisa de preços, seleção de fornecedores, formalização da contratação, acompanhamento do prazo de entrega e fiscalização do cumprimento das condições contratadas.

Esse processo será articulado com a gerência de almoxarifado e patrimônio, em conformidade com a exigência editalícia de descrição dos fluxos de recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação, rastreabilidade, monitoramento, auditoria e prestação de contas dos materiais e insumos das Unidades de Saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá especificações técnicas e padrões de qualidade para os materiais de enfermagem, saúde bucal e consumo em geral, observando segurança, funcionalidade, compatibilidade com os procedimentos realizados, durabilidade, adequação sanitária e pertinência ao perfil de atendimento das unidades.

A seleção de fornecedores considerará regularidade fiscal e sanitária, capacidade técnica e logística, histórico de desempenho, conformidade dos produtos ofertados, prazo de entrega, rastreabilidade, suporte operacional e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança, com vistas a assegurar economicidade e confiabilidade no fornecimento.

No recebimento dos materiais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, com verificação de nota fiscal, ordem de compra, especificação técnica, marca, lote quando aplicável, validade, integridade da embalagem, condições de transporte e conformidade entre o item entregue e o item contratado.

Os materiais somente serão incorporados ao estoque após conferência formal, registro nos sistemas de controle e validação das condições de aceitação, sendo as inconformidades segregadas, registradas e tratadas por fluxo específico de devolução, substituição, correção ou apuração junto ao fornecedor, conforme a natureza da ocorrência.

A etapa de armazenamento será organizada de forma a assegurar conservação adequada, segurança, identificação, integridade física, rastreabilidade e pronta disponibilidade dos materiais de enfermagem, saúde bucal e consumo em geral.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá critérios de segregação por natureza do item, finalidade de uso, setor demandante, frequência de consumo, criticidade assistencial e prazo de validade, quando aplicável, bem como controle sistemático sobre materiais estéreis, descartáveis, perfurocortantes, insumos odontológicos, itens de alto giro e materiais de maior impacto para a continuidade das atividades assistenciais e operacionais.

A distribuição dos materiais às Unidades e setores ocorrerá mediante requisições padronizadas, programação de abastecimento e critérios institucionais definidos com base no perfil de consumo, produção assistencial, criticidade do serviço e saldo disponível em estoque.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de rastreabilidade que permitirão identificar item, quantidade, lote quando aplicável, data de movimentação, local de destino, responsável pela liberação e setor requisitante, fortalecendo a segurança do processo, o controle interno e a transparência da execução contratual.

Com a finalidade de prevenir desabastecimento, perdas, desperdícios e descontinuidade operacional, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo do consumo, cobertura de estoque, comportamento da demanda, itens críticos, validade, perdas por vencimento ou avaria, tempo médio de reposição e desempenho dos fornecedores.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de ruptura de estoque, atraso de fornecimento, aumento inesperado da demanda ou indisponibilidade de mercado, com remanejamento interno controlado, revisão emergencial da programação de compras e priorização dos itens essenciais à manutenção da assistência e do funcionamento dos serviços.

O processo será integrado aos sistemas de informação e ferramentas de gestão utilizados nas Unidades, possibilitando registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais, análise de consumo, inventário, controle de divergências e apoio à tomada de decisão.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará esses mecanismos para fortalecer a rastreabilidade, o monitoramento dos fluxos, a auditoria das movimentações, a avaliação do desempenho logístico e a produção de evidências para prestação de contas e acompanhamento contratual.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre os setores assistenciais, saúde bucal, enfermagem, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, com segregação de funções, validação técnica das solicitações, conferência em etapas críticas e supervisão permanente dos resultados.

Também implantará rotinas de auditoria interna e monitoramento, com avaliação de acurácia de estoque, índice de atendimento das requisições, perdas operacionais, divergências de inventário, tempo de reposição, não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional dos materiais utilizados.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com discriminação específica dos itens, respectivos valores, critérios de estimativa e memória de cálculo.

O edital exige que as despesas sejam descritas de forma clara e específica, com vedação de itens genéricos, e prevê no modelo de custos tanto a rubrica "2.2. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)" quanto as rubricas do grupo "3. Materiais de Consumo", incluindo itens como higienização e limpeza, escritório e expediente, material de consumo de copa/cozinha, informática e comunicação e outros materiais diversos, o que autoriza o adequado enquadramento financeiro dessa atividade conforme a natureza de cada item adquirido.

A execução desse serviço observará os princípios da economicidade, fidedignidade contábil, clareza, rastreabilidade, transparência e pertinência com o objeto contratual, sendo vedada a adoção de classificações artificiais ou lançamentos genéricos que dificultem a fiscalização e a prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará com precisão os itens adquiridos, demonstrará sua vinculação com as rotinas assistenciais, odontológicas e operacionais das unidades e manterá documentação comprobatória apta a subsidiar auditoria, monitoramento contratual, avaliação de desempenho e prestação de contas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

V. Manutenção de Extintores

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de manutenção de extintores como atividade permanente, indispensável à segurança das Unidades de Saúde, à proteção de usuários, trabalhadores, patrimônio público e à continuidade do funcionamento dos serviços contratados.

Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de inspeção, controle, manutenção preventiva e corretiva, recarga, substituição quando

necessária, identificação, rastreabilidade e monitoramento periódico, em conformidade com a exigência editalícia de descrição da metodologia de atuação, da organização dos serviços de apoio e dos mecanismos de supervisão, monitoramento e controle.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento do serviço com base no levantamento físico dos equipamentos existentes nas unidades, sua localização, tipo, capacidade, validade da carga, condições de conservação, grau de exposição a risco e exigências técnicas aplicáveis ao ambiente assistencial e administrativo.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá cadastro atualizado dos extintores, contemplando identificação patrimonial ou operacional, tipo de agente extintor, data da última manutenção, prazo da próxima intervenção, unidade de lotação, responsável pelo acompanhamento e histórico de ocorrências, de modo a assegurar rastreabilidade, controle gerencial e programação tempestiva das ações necessárias.

O fluxo operacional do serviço abrangerá inspeção periódica dos extintores, verificação de integridade física, lacres, manômetros, sinalização, suporte de fixação, acessibilidade, condições de uso, validade, necessidade de recarga, substituição temporária durante manutenção e retorno do equipamento em condição regular de utilização.

Sempre que identificado equipamento vencido, descarregado, avariado, despressurizado, obstruído, sem identificação ou em desacordo com as exigências técnicas, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará providências imediatas para regularização, com acionamento do prestador responsável, registro da ocorrência e controle da recomposição da cobertura de segurança da área afetada.

A execução do serviço será realizada por empresa ou prestador tecnicamente habilitado, com capacidade operacional comprovada e documentação regular, observados os requisitos de qualificação, conformidade técnica e confiabilidade na prestação do serviço.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios de seleção e fiscalização que contemplem regularidade documental, capacidade de atendimento dentro dos prazos definidos, qualidade da execução, rastreabilidade dos serviços prestados, emissão de certificados ou comprovantes correspondentes e histórico de desempenho, de modo a assegurar adequada cobertura do risco e conformidade do processo.

Durante a execução das manutenções, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a continuidade da proteção contra incêndio nas unidades, mediante programação prévia, controle de retirada e devolução dos equipamentos e substituição temporária quando necessária, evitando desguarnecimento das áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

O serviço será articulado com a gestão predial, almoxarifado, apoio operacional e responsáveis locais, assegurando que a intervenção ocorra com mínimo impacto sobre a rotina das unidades e com preservação da segurança institucional.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de controle e rastreabilidade que permitirão acompanhar a localização de cada extintor, datas de inspeção, manutenções realizadas, recargas efetuadas, substituições, não conformidades identificadas, prazo de vencimento e situação operacional do equipamento.

Esses registros subsidiarão relatórios gerenciais, auditorias internas, monitoramento contratual, comprovação da execução dos serviços e tomada de decisão quanto à necessidade de reforço, remanejamento ou substituição de equipamentos, em consonância com a lógica de monitoramento, auditoria e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotina sistemática de monitoramento dos prazos de validade, cronograma de inspeção, cobertura por área, índice de conformidade dos equipamentos e tempo de resposta para correção de irregularidades.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de retirada simultânea de múltiplos extintores, atraso na devolução, constatação de não conformidade grave ou

necessidade emergencial de substituição, com priorização das áreas críticas e recomposição imediata da segurança mínima exigida para funcionamento dos serviços.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre os setores de apoio operacional, gestão administrativa, manutenção predial, controle patrimonial e gestão da unidade, com definição clara dos fluxos de solicitação, acompanhamento, conferência, aceite do serviço e registro documental.

Também implantará rotinas de supervisão e auditoria voltadas à verificação da execução tempestiva das manutenções, conformidade dos equipamentos, atualização dos controles internos e aderência aos prazos programados, fortalecendo a eficiência operacional e a segurança institucional.

A execução desse serviço observará os princípios da economicidade, clareza, rastreabilidade, transparência, segurança institucional e fidedignidade contábil, assegurando plena vinculação da despesa ao objeto contratual e à manutenção da infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços de saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará a pertinência operacional da manutenção de extintores, manterá documentação comprobatória hábil para fiscalização e prestação de contas e assegurará que o serviço contribua efetivamente para a qualidade, segurança e continuidade da execução contratual.

VI. Fornecimento de Gases Medicinais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará a gestão, operação e manutenção integral de toda a rede de gases medicinais das Unidades de Saúde. Este serviço efetuará o fornecimento ininterrupto, seguro e eficiente de oxigênio medicinal, ar comprimido medicinal e

vácuo, utilizando sistemas de rede canalizada ou cilindros conforme a infraestrutura e a necessidade técnica de cada setor assistencial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o suprimento e a manutenção rigorosa de cilindros, reguladores de pressão, fluxômetros, pontos de consumo e demais acessórios indispensáveis para a conexão e o pleno funcionamento dos equipamentos de suporte à vida.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo efetuará a manutenção preventiva e corretiva sistemática de toda a cadeia de suprimentos, abrangendo as centrais de abastecimento, as tubulações de distribuição, os postos de utilização e todos os dispositivos de controle e segurança instalados. Tais intervenções técnicas serão integradas ao cronograma de manutenção predial e engenharia clínica, visando garantir a estabilidade das pressões, a pureza dos gases e a continuidade absoluta do fluxo, prevenindo falhas críticas que possam comprometer a assistência aos pacientes.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará monitoramentos periódicos para assegurar o funcionamento regular e econômico do sistema, em estrita conformidade com as normas técnicas vigentes e regulamentações da ANVISA.

VII. Serviço de Limpeza Predial em Área Externa, Passeio Público e Árvores

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a execução dos serviços de limpeza, conservação e manutenção das áreas externas das unidades de saúde, por meio de empresa especializada, com fornecimento de mão de obra, materiais, equipamentos e ferramentas necessários à adequada execução das atividades, observando as normas de segurança, higiene, acessibilidade e conservação do patrimônio público.

Os serviços compreenderão todas as áreas externas sob responsabilidade contratual, incluindo passeios públicos adjacentes às unidades, calçadas, acessos, estacionamentos, vias internas, pátios, áreas de

circulação, jardins, canteiros, áreas permeáveis, áreas pavimentadas e demais espaços destinados ao acesso e permanência de usuários, profissionais e visitantes, assegurando ambientes limpos, organizados e compatíveis com o adequado funcionamento dos serviços de saúde.

As rotinas operacionais contemplarão varrição manual e mecânica, remoção de folhas, galhos, terra, resíduos sólidos e demais materiais acumulados, limpeza de pisos externos, lavagem de áreas pavimentadas quando necessária, raspagem de guias e sarjetas, capina manual ou mecanizada, roçada, retirada de ervas daninhas, limpeza de dispositivos de drenagem superficial, recolhimento e acondicionamento dos resíduos gerados, mantendo as áreas externas permanentemente em condições adequadas de utilização.

A conservação das áreas verdes compreenderá atividades de manutenção de jardins, canteiros e vegetação ornamental, incluindo irrigação quando prevista, remoção de vegetação seca, controle de plantas invasoras, recolhimento de resíduos vegetais e acompanhamento das condições fitossanitárias das árvores existentes nas unidades. Sempre que identificados galhos secos, comprometidos ou que representem risco à circulação de pessoas, veículos ou edificações, será providenciado o isolamento preventivo da área e o encaminhamento para execução dos serviços de poda ou supressão, observadas as autorizações dos órgãos ambientais competentes, quando exigidas pela legislação.

O planejamento das atividades será elaborado considerando as características físicas de cada unidade, o fluxo diário de usuários, as condições climáticas, a sazonalidade e a necessidade de intensificação dos serviços em períodos chuvosos, campanhas de saúde, eventos institucionais ou outras situações que demandem reforço operacional, garantindo a continuidade das condições de limpeza e conservação dos espaços externos.

Os resíduos provenientes da limpeza das áreas externas serão coletados, acondicionados e destinados conforme a legislação ambiental vigente e as normas municipais aplicáveis, evitando o acúmulo de materiais, obstrução

de sistemas de drenagem, proliferação de vetores e demais situações que possam comprometer as condições sanitárias e a segurança dos usuários.

A execução dos serviços será acompanhada por fiscalização periódica, mediante inspeções de rotina, verificação do cumprimento dos cronogramas estabelecidos, avaliação das condições de conservação dos ambientes e registro das não conformidades identificadas. Sempre que necessário, serão adotadas medidas corretivas visando restabelecer as condições adequadas de limpeza, organização e segurança das áreas externas.

A Irmandade manterá integração permanente entre os serviços de limpeza predial externa, manutenção predial, jardinagem e conservação, permitindo atuação coordenada na identificação de necessidades de reparos, poda de árvores, recuperação de calçadas, drenagem, iluminação externa e demais intervenções que contribuam para a preservação do patrimônio público, a segurança dos usuários e a adequada apresentação das unidades de saúde perante a comunidade.

VIII. Limpeza de Calhas e Caixa d'água

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de limpeza de calhas e caixa d'água como atividade periódica e estratégica de apoio operacional e administrativo, indispensável à conservação da infraestrutura, à prevenção de riscos operacionais, à proteção sanitária das unidades e à continuidade segura dos serviços de saúde. Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de inspeção, programação, execução, controle, registro, monitoramento e verificação de conformidade, em consonância com a exigência editalícia de descrição da metodologia de atuação, da organização dos serviços de apoio e dos mecanismos de supervisão e controle de qualidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das intervenções com base no levantamento físico das unidades, no porte das edificações, na quantidade e localização das calhas e

reservatórios, na exposição a resíduos e intempéries, no histórico de ocorrências, na criticidade das áreas atendidas e na necessidade de preservação das condições sanitárias e estruturais do imóvel. A instituição definirá cronograma preventivo e rotinas de inspeção periódica, com priorização de pontos críticos e programação compatível com a continuidade da operação assistencial, evitando impactos indevidos sobre o funcionamento das unidades.

No que se refere às calhas, o serviço abrangerá inspeção técnica visual, remoção de folhas, galhos, sedimentos, resíduos sólidos e materiais que possam comprometer o escoamento das águas pluviais, bem como limpeza dos condutores e verificação das condições gerais de funcionamento do sistema de drenagem superficial. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará providências para prevenir obstruções, infiltrações, extravasamentos, umidade, danos estruturais, proliferação de vetores e demais intercorrências que possam afetar a salubridade, a segurança e a conservação física das unidades.

Quanto à caixa d'água, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará rotinas programadas de limpeza, higienização, esgotamento controlado, remoção de resíduos, lavagem interna, desinfecção quando aplicável, enxágue, reabastecimento e verificação das condições de vedação, integridade e funcionamento do reservatório. Essas atividades serão realizadas de modo a preservar a qualidade das condições de armazenamento da água, reduzir riscos sanitários, manter a segurança operacional do abastecimento interno e assegurar conformidade com as exigências de conservação da infraestrutura de apoio das Unidades.

A execução do serviço será precedida de programação operacional, definição de responsáveis, avaliação de impacto sobre o abastecimento e adoção de medidas para evitar descontinuidade indevida das atividades essenciais da unidade. Quando necessário, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará medidas de contingência e organização prévia para que a intervenção ocorra com o menor impacto possível sobre os fluxos assistenciais, administrativos e de apoio, preservando a funcionalidade dos serviços durante a realização das atividades.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos de controle e rastreabilidade para registrar data da intervenção, local atendido, tipo de serviço executado, responsável pela execução, condições identificadas, não conformidades verificadas, providências adotadas e prazo previsto para nova inspeção ou nova limpeza. Esses registros subsidiarão relatórios gerenciais, comprovação da execução, supervisão interna, monitoramento contratual, auditoria e prestação de contas, em alinhamento com a lógica editalícia de controle, monitoramento, rastreabilidade e transparência dos serviços de apoio.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá verificação sistemática da execução dos serviços, conferência do cumprimento dos cronogramas, avaliação das condições finais das áreas ou reservatórios atendidos e registro das ações corretivas eventualmente necessárias. Também implantará rotina de acompanhamento de ocorrências relacionadas a entupimentos, infiltrações, extravasamentos, acúmulo de resíduos, comprometimento do escoamento ou necessidade de reintervenção, utilizando essas informações para aperfeiçoar o planejamento preventivo e reduzir riscos operacionais recorrentes.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo dos pontos críticos, especialmente em períodos de maior incidência de chuvas, queda de folhas, acúmulo de resíduos ou aumento do risco de obstrução. A instituição adotará resposta tempestiva em situações emergenciais que possam comprometer a estrutura predial, o abastecimento interno, a circulação segura de pessoas, a higiene dos ambientes ou a regularidade do funcionamento institucional.

A execução do serviço será articulada com a gestão administrativa, manutenção predial, apoio operacional e responsáveis locais de cada unidade, com definição clara dos fluxos de solicitação, programação, autorização, acompanhamento e aceite do serviço realizado. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atenderá ao edital quando este exige a descrição da organização e do funcionamento dos serviços assistenciais e de

apoio, bem como dos mecanismos de supervisão, monitoramento e controle adotados pela proponente.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará a relevância operacional da limpeza de calhas e caixa d'água para a preservação física do imóvel, para a mitigação de riscos sanitários e estruturais e para a continuidade qualificada da prestação dos serviços contratados.

IX. Manutenção Predial e de Equipamentos

A manutenção da infraestrutura física e dos recursos tecnológicos representa um dos pilares para a garantia da qualidade assistencial, da segurança do paciente, da continuidade operacional dos serviços e da adequada utilização dos recursos públicos. Em serviços de saúde, a disponibilidade permanente dos ambientes, instalações, sistemas prediais e equipamentos constitui condição indispensável para o funcionamento seguro das unidades e para a execução eficiente das atividades assistenciais, administrativas e de apoio.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo integrado de gestão da infraestrutura, estruturado com base em princípios de planejamento, prevenção, monitoramento contínuo, rastreabilidade das ações executadas e melhoria contínua dos processos. A metodologia proposta busca assegurar elevado padrão de conservação dos ativos sob sua responsabilidade operacional, reduzindo riscos, prevenindo interrupções dos serviços e contribuindo para a manutenção de ambientes seguros, funcionais e adequados ao atendimento da população.

Os Programas de Manutenção Predial e de Equipamentos foram concebidos de forma complementar e integrada aos processos institucionais de gestão da qualidade, segurança do paciente, gerenciamento de riscos, engenharia clínica, ambiência e planejamento operacional. A atuação conjunta dessas áreas permitirá monitoramento permanente das condições físicas das

unidades, acompanhamento do desempenho dos sistemas prediais, controle dos equipamentos sob responsabilidade da instituição e suporte qualificado à tomada de decisão gerencial.

A proposta contempla metodologias específicas para acompanhamento preventivo das instalações prediais, sistemas elétricos, hidrossanitários, climatização, segurança contra incêndio, grupos geradores, ambiência, regularidade documental e infraestrutura física das unidades, bem como para gestão tecnológica, engenharia clínica, rastreabilidade patrimonial, monitoramento operacional dos equipamentos e controle.

Por meio dessa estrutura de gestão, a Irmandade assegurará o cumprimento das responsabilidades previstas no Termo de Referência, promovendo maior confiabilidade operacional, preservação do patrimônio público, conformidade regulatória e suporte permanente à prestação de serviços de saúde seguros, eficientes e alinhados às necessidades da população atendida.

X. Concessionárias

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará a gestão dos serviços prestados por concessionárias e fornecedores de utilidades, compreendendo água, energia elétrica, esgotamento sanitário, gás e demais serviços essenciais ao funcionamento das Unidades, como atividade permanente de apoio operacional e administrativo indispensável à continuidade da assistência e à manutenção da infraestrutura necessária à execução contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento dessas despesas com base no perfil das Unidades, na capacidade instalada, no funcionamento dos equipamentos, no horário de operação, no histórico estimado de consumo, na natureza dos serviços prestados e na necessidade de garantir fornecimento contínuo e seguro dos insumos utilitários essenciais.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará medidas de dimensionamento e programação financeira compatíveis com a operação integral das unidades, prevenindo descontinuidade, inadimplência, interrupções de fornecimento e impactos sobre o funcionamento assistencial e administrativo.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controle sobre a adequação do consumo às características operacionais das Unidades, de modo a identificar variações atípicas, desperdícios, intercorrências operacionais, vazamentos ou inconsistências de faturamento que possam comprometer a economicidade e a regularidade do serviço.

No que se refere ao fornecimento de energia elétrica, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará rotina de acompanhamento do consumo, das Unidades consumidoras, da regularidade cadastral, da conferência das contas emitidas, dos vencimentos e da compatibilidade entre a despesa faturada e o perfil de operação das Unidade. Esse controle terá por finalidade assegurar a continuidade do funcionamento dos ambientes assistenciais, administrativos e de apoio, reduzir riscos de interrupção do serviço, permitir avaliação gerencial do consumo e subsidiar medidas de racionalização do uso da energia.

Quanto ao gás, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará controle específico conforme a natureza da utilização nas Unidades, distinguindo, quando necessário, o gás destinado a rotinas operacionais comuns daquele eventualmente vinculado a serviços assistenciais ou de apoio técnico.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá suprimento regular, controle de consumo, conferência documental, segurança no armazenamento e uso, rastreabilidade das despesas e tratamento tempestivo de ocorrências, observando as exigências técnicas e operacionais aplicáveis à Unidade.

Sempre que houver outros serviços utilitários ou despesas correlatas não expressamente nominadas nas rubricas principais, a Irmandade Santa Casa

de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá sua classificação nominal e detalhada na proposta financeira, conforme exige o edital para os subitens indicados como “outros descrever”. Essa providência assegurará clareza, rastreabilidade e transparência na composição dos custos, vedada a utilização de categorias genéricas desacompanhadas de descrição específica da finalidade da despesa.

A execução desse serviço será acompanhada por mecanismos de controle administrativo que permitirão registrar contratos, unidades consumidoras, histórico de faturamento, vencimentos, ocorrências, reclamações, interrupções de fornecimento, medidas corretivas adotadas e regularidade dos pagamentos. Esses registros subsidiarão a supervisão gerencial, a análise de consumo, a identificação de desvios, a adoção de providências corretivas e a produção de evidências para auditoria, monitoramento contratual e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará fluxo de conferência prévia das faturas e documentos de cobrança, com validação dos valores, da unidade faturada, do período de referência, da compatibilidade com o histórico de consumo e da correção dos dados cadastrais. Em caso de inconsistências, a instituição adotará medidas administrativas tempestivas junto à concessionária ou fornecedor responsável, buscando correção do faturamento, preservação da continuidade do serviço e proteção do interesse público vinculado ao contrato de gestão.

Com vistas à continuidade operacional, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento permanente dos riscos de desabastecimento, suspensão de serviços, falhas técnicas, oscilações de consumo e intercorrências que possam afetar o funcionamento da unidade. A instituição adotará medidas de contingência e comunicação interna para situações críticas, priorizando a preservação das atividades assistenciais e de apoio indispensáveis à continuidade dos serviços de saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessas despesas nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição nominal dos serviços, valores

estimados, critérios de cálculo, memória de composição e demonstração de vinculação ao objeto contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que a gestão de água, luz, esgoto, gás e serviços correlatos constitui elemento essencial de sustentação operacional.

XI. Telefonia e Internet

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se responsabilizará pela implantação, manutenção e gestão integral dos serviços de telefonia e internet nas Unidades de Saúde sob sua administração no Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando conectividade contínua, segura e de alto desempenho. Essa infraestrutura digital será essencial para garantir a eficiência administrativa, a integração dos sistemas assistenciais e o suporte às atividades operacionais das equipes multiprofissionais.

O serviço de telefonia e internet disponibilizado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo contemplará todas as áreas funcionais e assistenciais das Unidades, incluindo pronto atendimentos, enfermarias, salas de urgência e emergência, setores administrativos, farmácias, centrais de regulação e unidades móveis de saúde, permitindo comunicação permanente entre os profissionais e acesso em tempo real aos sistemas de informação em saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que toda a infraestrutura tecnológica atenda aos padrões de qualidade e desempenho exigidos pela legislação vigente, pelas normas da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e pelas políticas de tecnologia da informação aplicáveis ao setor público de saúde. Serão observados os parâmetros técnicos referentes à largura de banda, redundância de rede, estabilidade de conexão e cobertura integral das áreas críticas de atendimento.

A gestão dos serviços de telefonia e internet incluirá o monitoramento contínuo de desempenho, com acompanhamento de indicadores de conectividade e alertas automatizados de falhas ou quedas de sinal.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará manutenções preventivas e corretivas regulares, de forma planejada, para reduzir o risco de interrupções e garantir o funcionamento ininterrupto dos sistemas assistenciais e administrativos.

Em situações de contingência, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá planos de continuidade operacional, assegurando redundância de rede, links de backup e suporte técnico especializado disponível em regime permanente. Essa estrutura permitirá o restabelecimento imediato dos serviços em caso de incidentes técnicos, minimizando impactos sobre o atendimento aos pacientes e sobre a operação institucional. A segurança digital será tratada como prioridade estratégica.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará políticas de proteção de dados e segurança da informação, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e com as diretrizes da Estratégia de Governo Digital. Serão aplicadas práticas de controle de acesso, criptografia de dados, monitoramento de tráfego e auditorias periódicas, de modo a proteger os sistemas contra invasões, vazamentos e uso indevido das informações.

O tráfego de dados das unidades será segregado em redes específicas para fins administrativos, assistenciais e operacionais, garantindo desempenho adequado e evitando interferências entre sistemas. Essa arquitetura de rede permitirá que os sistemas de prontuário eletrônico, regulação médica e gestão hospitalar funcionem com eficiência e segurança, em conformidade com as normas técnicas do Ministério da Saúde e com os requisitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também se comprometerá a promover capacitação técnica contínua para os profissionais envolvidos na gestão e no uso dos recursos de tecnologia da

informação, assegurando o correto manuseio dos equipamentos, o cumprimento das normas de segurança digital e a utilização responsável dos serviços de internet nas unidades. Essas ações educativas reforçarão a cultura institucional de proteção de dados e de eficiência tecnológica.

Os registros de acesso, incidentes e manutenções serão devidamente documentados e armazenados em conformidade com os protocolos de auditoria e governança digital, possibilitando rastreabilidade das ações e conformidade com as normas da administração pública. Relatórios técnicos e indicadores de desempenho serão emitidos periodicamente, permitindo o acompanhamento da qualidade dos serviços e a tomada de decisões estratégicas pela gestão central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reafirmará seu compromisso com a excelência tecnológica e a modernização dos serviços públicos de saúde de Ferraz de Vasconcelos. A gestão do serviço de telefonia e internet será conduzida com base em princípios de eficiência, segurança, transparência e sustentabilidade, garantindo infraestrutura digital robusta e alinhada às necessidades assistenciais, administrativas e estratégicas das Unidades sob sua responsabilidade.

XII. Transporte de Documentos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de transporte de documentos e rotinas administrativas como atividade permanente de apoio operacional e administrativo, indispensável à integração entre as Unidades, à circulação segura das informações, à regularidade dos processos internos e à continuidade da execução contratual. Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de recebimento, protocolo, conferência, tramitação, transporte, entrega, devolutiva, arquivamento e controle documental, em consonância com a exigência editalícia de apresentação de fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos, assegurando rastreabilidade das informações, integridade dos dados e conformidade com as normas vigentes.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das rotinas de transporte documental com base no volume de documentos produzidos, periodicidade de circulação, criticidade dos processos, localização das unidades, necessidade de integração com os setores administrativos e assistenciais e prazos operacionais envolvidos. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá cronogramas, rotas, responsabilidades e prioridades para a tramitação física de documentos, de forma a garantir regularidade, tempestividade e segurança no intercâmbio de processos, formulários, relatórios, expedientes internos e demais documentos necessários ao funcionamento das Unidades e à gestão do contrato.

O fluxo operacional do serviço abrangerá o recebimento formal dos documentos pelas áreas emitentes, conferência quanto à identificação, origem, destino, integridade e necessidade de sigilo, registro em instrumento de controle, preparação para transporte, entrega ao setor ou unidade destinatária, confirmação do recebimento e devolutiva quando aplicável.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará procedimentos padronizados para evitar extravio, atraso, circulação indevida, perda de integridade documental ou falhas de protocolo, mantendo controle sobre todas as etapas da movimentação física dos documentos administrativos e operacionais.

No âmbito das rotinas administrativas, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará processos padronizados voltados à produção, conferência, tramitação, consolidação, arquivamento e disponibilização de documentos relacionados à operação assistencial, administrativa, financeira e gerencial das unidades. Esses processos compreenderão, entre outros, apoio à gestão documental, encaminhamento de expedientes internos, circulação de documentos para assinatura, envio e recebimento de comunicações formais, controle de documentos administrativos, organização de dossiês operacionais e suporte à manutenção dos registros necessários à execução contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá mecanismos de rastreabilidade documental capazes de identificar

origem, destino, data de envio, data de recebimento, responsável pela remessa, responsável pelo recebimento, natureza do documento e situação da tramitação. Esses mecanismos subsidiarão a gestão do fluxo documental, o controle de prazos, a prevenção de perdas, a reconstituição do histórico de tramitação, a supervisão gerencial e a pronta disponibilização de evidências para auditoria, fiscalização, monitoramento e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará rotinas de protocolo e controle administrativo para assegurar que documentos sensíveis, documentos com prazo crítico, expedientes relacionados à produção assistencial, informações financeiras, registros operacionais e documentos destinados à prestação de contas recebam tratamento compatível com sua relevância. A instituição priorizará a circulação tempestiva desses documentos, com conferência formal em cada etapa, preservando confidencialidade quando necessária e reduzindo riscos de inconsistência, atraso ou descontinuidade de processos internos.

O serviço será articulado com os setores assistenciais, administrativos, faturamento, recursos humanos, almoxarifado, patrimônio, gestão das Unidades e áreas de apoio institucional, assegurando integração entre os processos de trabalho e padronização da circulação documental.

No campo da supervisão e do controle de qualidade, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá acompanhamento sistemático do cumprimento das rotinas administrativas, dos tempos de tramitação, da conformidade dos registros, da completude documental e da ocorrência de falhas no transporte ou protocolo dos documentos. Também implantará ações corretivas para tratamento de inconformidades, reorientação de fluxos, reforço de controles e aprimoramento contínuo das rotinas administrativas, fortalecendo a segurança do processo e a confiabilidade das informações institucionais.

Com vistas à eficiência operacional, a instituição poderá adotar indicadores complementares relacionados a tempo médio de tramitação, índice de documentos entregues no prazo, percentual de protocolos com confirmação de recebimento, número de inconformidades documentais e taxa de

regularização dentro do prazo, nos termos da previsão editalícia de proposição de indicadores claros, mensuráveis e relevantes para melhoria contínua da gestão. Esses indicadores deverão ser integrados aos mecanismos internos de acompanhamento e utilizados como ferramenta de supervisão gerencial, avaliação de desempenho e aperfeiçoamento das rotinas administrativas

Em aderência ao edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição específica do serviço, valores correspondentes, metodologia de cálculo e memória de composição. O edital exige custos discriminados por rubrica orçamentária, descrição e valor de cada item, planilha aberta com memória de cálculo e vedação de rubricas genéricas, de modo que o transporte de documentos e as rotinas administrativas deverão ser classificados de forma nominal, conforme sua natureza operacional e administrativa.

A execução desse serviço observará os princípios da rastreabilidade, clareza, continuidade, segurança da informação, economicidade, transparência e fidedignidade contábil, assegurando plena vinculação ao objeto contratual e à adequada sustentação administrativa das Unidades. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que o transporte de documentos e as rotinas administrativas constituem atividade essencial para a ordenação dos fluxos internos, para a integridade da gestão documental e para a execução regular, auditável e eficiente dos serviços.

XIII. Fornecimento de Veículo com Abastecimento

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de fornecimento de veículos com seguro, manutenção preventiva e corretiva da frota de veículos e equipamentos correlacionados, bem como o abastecimento de combustível, como atividade essencial de apoio operacional e administrativo para garantir a mobilidade

institucional, o suporte às rotinas operacionais, a continuidade dos fluxos logísticos e o adequado funcionamento das Unidades.

Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de disponibilização, controle de uso, monitoramento da frota, manutenção programada, atendimento corretivo, abastecimento, registro de ocorrências, rastreabilidade dos custos e supervisão gerencial.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento da frota com base nas necessidades operacionais das Unidades, na natureza dos deslocamentos, na frequência de uso, na abrangência territorial do atendimento, no volume estimado de demandas e na criticidade dos serviços que dependem de transporte institucional.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá quantitativo, perfil e alocação dos veículos de forma compatível com a necessidade operacional do contrato, assegurando suficiência, regularidade de disponibilidade e adequação às rotinas administrativas, logísticas e assistenciais.

O fornecimento dos veículos contemplará disponibilização em condições adequadas de uso, documentação regular, cobertura securitária, identificação e controle operacional, além dos requisitos necessários para circulação segura e continuidade do serviço.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que os veículos destinados à execução contratual permaneçam cobertos por seguro compatível com sua utilização, de modo a mitigar riscos patrimoniais, operacionais e financeiros relacionados a acidentes, danos e eventos que possam comprometer a mobilidade institucional.

No âmbito da gestão da frota, a instituição implantará cadastro e controle individualizado dos veículos e equipamentos correlacionados, contendo identificação das Unidades ou setor vinculado, tipo de uso, histórico de manutenção, documentação, cobertura de seguro, consumo de combustível, quilometragem, ocorrências operacionais e situação de disponibilidade. Esses registros subsidiarão a rastreabilidade da utilização da frota, o acompanhamento

dos custos, o planejamento de substituições, a supervisão gerencial e a prestação de contas, de controle, monitoramento, auditoria e transparência.

A manutenção preventiva da frota será organizada com base em cronogramas periódicos, quilometragem, tempo de uso, histórico de desgaste e criticidade operacional dos veículos e equipamentos correlacionados, com o objetivo de preservar condições de segurança, confiabilidade e disponibilidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará rotinas programadas de inspeção, revisão, verificação de componentes, avaliação de desempenho e correção de desgastes, reduzindo a probabilidade de falhas inesperadas e a interrupção das atividades dependentes da frota.

A manutenção corretiva será acionada sempre que houver avaria, pane, perda de desempenho, sinistro, indisponibilidade total ou parcial do veículo ou ocorrência que comprometa sua utilização segura e regular. Nessas hipóteses, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá fluxo de abertura de chamado, avaliação técnica, priorização conforme criticidade do uso, execução do reparo, registro da intervenção e liberação do veículo após verificação de conformidade, assegurando resposta tempestiva e redução do tempo de indisponibilidade da frota.

Os equipamentos correlacionados ao uso da frota serão incluídos no mesmo sistema de controle operacional e manutenção, com registros específicos de inspeção, conservação, funcionalidade e intervenções realizadas, sempre que vinculados à operacionalização segura e adequada dos veículos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá o monitoramento desses componentes de forma integrada à gestão da frota, evitando falhas acessórias capazes de comprometer a funcionalidade do serviço ou gerar riscos operacionais.

Quanto ao abastecimento, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará rotina padronizada para suprimento de combustível da frota, com definição de critérios de autorização, registro por veículo, controle de consumo, conciliação com quilometragem e acompanhamento gerencial da utilização. O processo permitirá rastrear data, local, veículo abastecido, volume, tipo de combustível, responsável pela

autorização e finalidade operacional do uso, fortalecendo a economicidade, a transparência e o controle interno da despesa.

A instituição monitorará o desempenho da frota por meio de controles relacionados à disponibilidade operacional, tempo de parada para manutenção, consumo médio de combustível, frequência de ocorrências corretivas, custo por veículo, vencimento de documentação, vigência de seguro e regularidade das revisões programadas. Esses dados servirão de base para tomada de decisão, reprogramação da manutenção, substituição de veículos, racionalização do consumo e aprimoramento contínuo da gestão operacional da frota, de adoção de mecanismos de monitoramento e possibilidade de indicadores adicionais.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de indisponibilidade de veículos, atraso de manutenção, sinistros, falhas mecânicas, oscilação no abastecimento ou necessidade extraordinária de deslocamento.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo priorizará demandas críticas, remanejará recursos disponíveis e promoverá substituições operacionais quando necessárias, de modo a evitar prejuízo relevante à execução contratual e aos fluxos de apoio indispensáveis ao funcionamento das Unidades.

A execução desse serviço será articulada com as áreas administrativas, apoio operacional, suprimentos, financeiro, gestão da unidade e demais setores demandantes, assegurando definição clara de responsabilidades, fluxos de solicitação, autorização, uso, monitoramento e controle documental.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário desse item nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com discriminação clara das despesas com combustível, manutenção de veículos, seguros, locação ou disponibilização da frota, materiais correlatos e demais custos vinculados ao serviço

A execução financeira e operacional desse serviço observará os princípios da economicidade, rastreabilidade, continuidade, segurança, eficiência, transparência e fidedignidade contábil, assegurando vinculação direta entre a despesa e a execução do objeto contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que a gestão da frota, com veículos segurados, manutenção adequada e abastecimento controlado, constitui suporte essencial para o funcionamento integrado e contínuo dos serviços previstos.

XIV. Segurança do Trabalho

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá e manterá setor estruturado de Saúde e Segurança do Trabalho, com dimensionamento técnico compatível com o porte, a complexidade assistencial, o número de colaboradores e a diversidade dos processos laborais existentes nas Unidades sob sua gestão.

Esse setor atuará de forma permanente, integrada e transversal, assegurando o cumprimento das Normas Regulamentadoras aplicáveis aos serviços de saúde, com ênfase na NR-32, e promovendo ações sistemáticas de prevenção, vigilância, monitoramento dos riscos ocupacionais e promoção da qualidade de vida no trabalho para todos os colaboradores, inclusive aqueles vinculados às áreas assistenciais, administrativas, técnicas, operacionais e de apoio.

A estrutura de Saúde e Segurança do Trabalho da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá suas atribuições em interface direta com a gestão administrativa, recursos humanos, educação permanente, controle de infecção, hotelaria, manutenção, engenharia clínica, serviços de apoio, comissões internas e demais áreas técnicas relacionadas ao processo de trabalho, de forma a garantir atuação integrada sobre riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais e de acidentes.

Sua organização contemplará planejamento, execução, supervisão, monitoramento de indicadores, emissão de pareceres técnicos, produção de evidências documentais e apoio à tomada de decisão gerencial, com foco na prevenção de agravos à saúde do trabalhador e no fortalecimento da cultura institucional de segurança.

Competências

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo elaborará, implementará, manterá atualizados e executará o PPRA/PGR, conforme normativos vigentes, bem como o PCMSO, o LTCAT e todos os demais documentos técnico-legais correlatos exigidos pela legislação trabalhista, previdenciária e de saúde e segurança do trabalho.

Essa responsabilidade abrangerá a identificação de perigos, a avaliação e classificação dos riscos ocupacionais, a definição e implementação de medidas de prevenção, a revisão periódica dos cenários de risco, a consolidação de inventários e planos de ação, o monitoramento da efetividade das medidas adotadas e a atualização documental sempre que houver alteração de layout, processo, tecnologia, insumos, organização do trabalho ou perfil de exposição dos trabalhadores.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará inspeções periódicas de segurança em todas as Unidades, setores, postos de trabalho e áreas de apoio, abrangendo ambientes assistenciais, administrativos, logísticos, técnicos e operacionais, com frequência compatível com a criticidade dos riscos identificados.

Cada inspeção resultará em relatório técnico de conformidade, contendo descrição objetiva das não conformidades encontradas, análise situacional, classificação de criticidade, proposição de medidas corretivas e preventivas, definição de responsáveis, estabelecimento de prazos para regularização e sistemática de acompanhamento até a efetiva solução, assegurando rastreabilidade, evidência documental e subsídio para auditorias internas e externas.

Prevenção

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo coordenará ações permanentes de prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, incidentes e afastamentos, adotando metodologia estruturada de investigação dos eventos adversos relacionados ao trabalho, com análise de

causas imediatas, causas contribuintes e causas-raiz, elaboração de plano de ação corretivo e preventivo, monitoramento da reincidência e verificação da efetividade das medidas implantadas.

Essa atuação contemplará de forma especial os riscos próprios dos serviços de saúde, incluindo exposição a material biológico, acidentes com perfurocortantes, manuseio de substâncias químicas, movimentação e transporte de pacientes, posturas inadequadas, sobrecarga física e mental, além de fatores psicossociais associados à organização do trabalho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá o fornecimento, o controle, a padronização, a orientação técnica, o treinamento e a fiscalização do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual e dos Equipamentos de Proteção Coletiva, em conformidade com os riscos mapeados por função, setor, atividade e ambiente laboral.

Também manterá registros formais e auditáveis relativos à especificação, entrega, reposição, validade, higienização quando aplicável, orientação de uso, termos de recebimento, controle de estoque e verificação de aderência, assegurando rastreabilidade integral das medidas de proteção e adoção imediata de providências diante de usos inadequados, insuficiência de estoque, perda de integridade dos equipamentos ou alteração do perfil de risco ocupacional.

Treinamentos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá treinamentos obrigatórios, iniciais e periódicos, relacionados à saúde e segurança do trabalho, garantindo a capacitação dos colaboradores de acordo com os riscos inerentes às suas atividades e às exigências legais aplicáveis ao ambiente de saúde.

Entre os conteúdos obrigatórios estarão, no mínimo, integração em segurança do trabalho, prevenção de acidentes com exposição a material biológico, uso correto de EPI e EPC, prevenção e combate a incêndio, brigada de incêndio, primeiros socorros, condutas em situações de emergência, práticas

seguras em áreas críticas, noções de ergonomia e demais temas correlatos identificados no gerenciamento de riscos ocupacionais.

Todos os treinamentos contarão com planejamento anual ou periódico, definição de conteúdo programático, carga horária, identificação do público-alvo, registros de realização, listas de presença, evidências documentais, controle de reciclagens e monitoramento de cobertura, de modo a demonstrar conformidade legal e efetiva disseminação das práticas seguras.

A sistemática formativa observará, sempre que necessário, especificidades por categoria profissional e por área técnica, assegurando que a capacitação não se limite ao cumprimento formal da exigência normativa, mas produza efeito prático sobre a redução de riscos, a adesão aos protocolos de segurança e a melhoria do desempenho institucional em saúde ocupacional.

Qualidade de vida no Trabalho

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá e monitorará programas de ergonomia, saúde mental e bem-estar, alinhados às características organizacionais e aos riscos ocupacionais identificados em suas Unidades, com foco na promoção de ambientes laborais saudáveis, redução de agravos relacionados ao trabalho e fortalecimento da permanência segura e produtiva dos trabalhadores em suas funções.

Esses programas contemplarão avaliação ergonômica preliminar e, quando necessária, avaliação aprofundada, análise de fatores psicossociais, ações educativas, medidas de prevenção do adoecimento mental, estratégias de acolhimento, campanhas temáticas, orientações sobre autocuidado, promoção de hábitos saudáveis e intervenções voltadas à melhoria da organização do trabalho e das condições ambientais.

A efetividade dessas ações será acompanhada por indicadores objetivos de adesão e desempenho, tais como participação dos colaboradores, cobertura das ações programadas, absenteísmo, afastamentos relacionados à saúde, ocorrência de acidentes, reincidência de incidentes, evolução das não conformidades e percepção institucional sobre segurança e bem-estar, conforme metodologia adotada pela gestão.

Com base nesses dados, a OSS Contratada manterá rotina de análise crítica, revisão de estratégias e implementação de melhorias contínuas, assegurando que a política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho permaneça ativa, mensurável, institucionalizada e aderente às exigências legais e operacionais do serviço de saúde.

XV. Sistema Informatizado

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, coordenará e manterá a infraestrutura de Tecnologia da Informação necessária ao pleno funcionamento das unidades sob sua gestão, assegurando suporte tecnológico adequado às atividades assistenciais, administrativas, operacionais e gerenciais, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com as normas de segurança da informação e com as melhores práticas de governança em tecnologia da informação.

A estrutura tecnológica será desenvolvida para garantir elevada disponibilidade dos sistemas, continuidade operacional dos serviços, integridade das informações, proteção dos dados institucionais e suporte eficiente às atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, contribuindo para a qualidade da assistência prestada à população e para a eficiência da gestão das Unidades.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará a instalação, configuração, manutenção preventiva, manutenção corretiva e suporte técnico dos equipamentos de informática utilizados nas unidades, incluindo computadores, monitores, impressoras, dispositivos móveis, equipamentos de rede, servidores, periféricos e demais recursos tecnológicos necessários à execução do Contrato de Gestão.

Serão estabelecidas rotinas permanentes de monitoramento e manutenção da infraestrutura tecnológica, assegurando o adequado funcionamento dos equipamentos, a redução de indisponibilidades operacionais

e a rápida resolução de falhas que possam comprometer a continuidade dos serviços assistenciais e administrativos.

A gestão da rede lógica e dos serviços de conectividade será realizada de forma centralizada e estruturada, contemplando a administração de redes locais, conectividade entre setores, acesso à internet, monitoramento de desempenho, gerenciamento de tráfego de dados e adoção de mecanismos de redundância sempre que tecnicamente aplicável e operacionalmente necessário para garantir a continuidade dos serviços.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e manterá sistemas informatizados de apoio à assistência e à gestão, incluindo prontuário eletrônico do paciente, sistemas de gestão administrativa, sistemas de regulação, faturamento, controle assistencial e demais ferramentas necessárias ao adequado funcionamento das Unidades. Será assegurada a disponibilidade dos sistemas, a manutenção de sua integridade operacional e o suporte técnico contínuo aos usuários.

Os sistemas utilizados serão configurados para promover o registro seguro, completo e rastreável das informações assistenciais e administrativas, garantindo confiabilidade dos dados, suporte à tomada de decisão e conformidade com os requisitos legais e regulatórios aplicáveis aos serviços de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a integração dos sistemas institucionais com as plataformas e bases de dados oficiais exigidas pelos órgãos competentes, incluindo e-SUS, SISAB, SIGTAP, CNES e demais sistemas governamentais aplicáveis ao objeto contratual, garantindo consistência, atualização e transmissão adequada das informações requeridas pela gestão pública.

Será implementada Política de Segurança da Informação abrangente, contemplando diretrizes, normas, procedimentos e mecanismos destinados à proteção dos ativos tecnológicos e das informações institucionais. Essa política abrangerá controle de acessos, autenticação de usuários, gestão de perfis e permissões, monitoramento de atividades, proteção contra acessos não

autorizados, prevenção de incidentes de segurança e preservação da confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações.

A gestão de dados observará rigorosamente os princípios e requisitos estabelecidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo tratamento adequado das informações pessoais e sensíveis, adoção de medidas técnicas e administrativas de proteção, rastreabilidade das operações realizadas e respeito aos direitos dos titulares dos dados.

Serão implementadas rotinas permanentes de backup e recuperação de dados, contemplando cópias de segurança periódicas, armazenamento seguro das informações, testes de restauração e procedimentos de contingência que assegurem a continuidade operacional das atividades em situações de falhas, indisponibilidades ou eventos que possam comprometer os sistemas institucionais.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá processos estruturados para identificação, registro, tratamento e monitoramento de incidentes tecnológicos, promovendo respostas rápidas às ocorrências, minimização de impactos operacionais e implementação de ações preventivas voltadas à melhoria contínua da segurança e da disponibilidade dos serviços.

Será disponibilizada Central de Atendimento de Tecnologia da Informação para suporte aos usuários das Unidades, contemplando registro formal de chamados, classificação de demandas, acompanhamento das solicitações, definição de prioridades, monitoramento dos tempos de atendimento e controle dos níveis de serviço pactuados. Todos os atendimentos serão registrados em sistema próprio, permitindo rastreabilidade, transparência e avaliação permanente da qualidade do suporte prestado.

A equipe de Tecnologia da Informação participará de processos contínuos de atualização e capacitação técnica, acompanhando a evolução das tecnologias utilizadas, das exigências legais e das melhores práticas de governança, segurança da informação e gestão de serviços de TI.

Serão monitorados indicadores relacionados à disponibilidade dos sistemas, desempenho da infraestrutura tecnológica, tempo de resposta aos chamados, segurança da informação, conformidade com a LGPD, integridade dos dados e satisfação dos usuários, permitindo avaliação contínua dos serviços e implementação de ações de melhoria permanente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá uma infraestrutura tecnológica segura, moderna, integrada e eficiente, capaz de sustentar as atividades assistenciais e administrativas das Unidades de Saúde, assegurando continuidade operacional, confiabilidade das informações, suporte qualificado aos usuários e plena conformidade com as exigências legais e regulatórias aplicáveis.

a. Prontuário Eletrônico

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) constitui-se no instrumento oficial e eletrônico de registro das informações clínicas e administrativas dos usuários atendidos pelas Unidades sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Estruturado para abarcar todo o ciclo de cuidado — desde o acolhimento e a classificação de risco até prescrições, procedimentos, exames e alta — o PEP garante a rastreabilidade, a legibilidade e a integridade dos registros clínicos, fundamentais para a segurança do paciente e para a continuidade assistencial.

A implantação e operação do PEP nas Unidades visam assegurar interoperabilidade com os sistemas oficiais de saúde do Município e do Ministério da Saúde, suportar a geração de relatórios gerenciais e indicadores assistenciais, e facilitar a tomada de decisão clínica e administrativa. Além disso, o PEP estabelece mecanismos formais de responsabilização técnica, controle de acessos e assinaturas eletrônicas, em conformidade com as normas de proteção de dados e as regulamentações profissionais vigentes, fortalecendo tanto a qualidade do cuidado quanto a governança institucional.

Dimensão	O PEP segundo Ministério da Saúde
Definição	Repositório eletrônico de informações clínicas e administrativas, que acompanha o paciente ao longo da vida e é alimentado por diferentes categorias profissionais.
Conteúdos mínimos	- Anamnese, exame físico e variáveis clínicas; - Prescrição de medicamentos e métodos terapêuticos; - Emissão de atestados e documentos clínicos; - Solicitação de exames e métodos diagnósticos; - Encaminhamentos para outros pontos da rede; - Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.
Benefícios para os profissionais	- Centralização de dados em único repositório; - Padronização e legibilidade das informações; - Agilidade no registro clínico; - Suporte ao processo de trabalho e planejamento de ações.
Benefícios para a gestão	- Disponibilidade de dados consolidados e individualizados; - Monitoramento das equipes; - Planejamento estratégico com dados qualificados; - Redução do tempo de atendimento; - Extinção da necessidade de arquivos físicos; - Registro seguro e com backup.
Benefícios para os cidadãos	- Segurança do paciente e continuidade do cuidado; - Proteção das informações clínicas, acessíveis apenas a profissionais habilitados; - Eliminação de erros por ilegibilidade; - Preservação do histórico sem risco de deterioração; - Facilidade para revisão e discussão clínica entre profissionais.

O PEP Aplicado nas Unidades de Saúde

A implantação e qualificação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas Unidades representam um eixo estratégico da gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, a iniciativa busca garantir a modernização dos processos assistenciais e administrativos, fortalecendo a segurança do paciente, a eficiência do trabalho em equipe e a tomada de decisão gerencial.

O PEP será fundamental para:

- ✓ **Atenção ao paciente:** permitir acesso ágil e confiável ao histórico clínico, apoiar a continuidade do cuidado em uma unidade de alta complexidade e reduzir riscos assistenciais.
- ✓ **Equipes multiprofissionais:** padronizar os registros, facilitar a comunicação entre os diversos níveis assistenciais (urgência, internação e ambulatório) e otimizar a organização dos fluxos.
- ✓ **Gestão hospitalar:** subsidiar o monitoramento em tempo real da produção assistencial, acompanhar indicadores de desempenho, planejar recursos e eliminar o passivo documental de arquivos físicos.
- ✓ **Cidadãos atendidos:** assegurar registros claros e seguros, promover maior confiabilidade nas prescrições e resultados, além de oferecer respaldo para uma assistência integral, humanizada e contínua.

Dessa forma, o PEP será um instrumento estratégico para consolidar a missão institucional da Unidade, integrando inovação tecnológica, gestão eficiente e qualidade assistencial.

Requisitos para o Prontuário Eletrônico do Paciente

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), assegura a padronização do registro clínico, a integração com os sistemas oficiais de informação do Município e a rastreabilidade das informações assistenciais. Essas exigências garantem a eficiência na gestão hospitalar, a segurança do paciente e a interoperabilidade com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Informatização dos postos de trabalho

A Unidade deve garantir que todos os postos de trabalho estejam informatizados e devidamente integrados ao PEP, assegurando seu pleno funcionamento em toda a unidade.

Fonte única de dados

O PEP deve constituir a única fonte de dados utilizada pela Unidade, com capacidade de gerar arquivos estruturados em conformidade com o sistema de informação oficial do Município.

Cadastro obrigatório e busca por CPF/DNV

Os campos referentes ao **CPF** e à **Declaração de Nascido Vivo (DNV)** são obrigatórios no cadastro dos pacientes, devendo ser os primeiros no layout

da ficha. A plataforma deve dispor de mecanismo de busca por **CPF/DNV**, garantindo precisão na identificação do usuário.

Requisitos operacionais

O PEP deve funcionar de maneira estável e contínua durante todo o horário de funcionamento da unidade, considerando:

- ✓ Conectividade;
- ✓ Licenciamento do produto;
- ✓ Datacenter (servidor);
- ✓ Suporte técnico e treinamento de usuários;
- ✓ Customizações necessárias;
- ✓ Integração com Business Intelligence (BI) para apoio à gestão hospitalar;
- ✓ Disponibilização de totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Integração com DATASUS e relatórios gerenciais

O sistema deve ser compatível com o layout oficial do DATASUS, permitindo importação e consolidação dos dados junto ao Município. Além disso, deve possibilitar a emissão de relatórios gerenciais voltados ao acompanhamento de indicadores assistenciais e de gestão definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Relatórios mínimos obrigatórios

O PEP deve permitir a geração de relatórios que contemplem, no mínimo:

a) Resultados de indicadores por desempenho de cada setor/equipe;

b) Número de atendimentos realizados por cada profissional;

c) Custos de materiais de consumo por paciente;

d) Filas cirúrgicas internas;

e) Gestão de leitos;

f) Tempo de atendimento por etapa (recepção, classificação de risco, consulta médica, enfermagem etc.);

g) Indicadores previstos no contrato e demais solicitados pela gestão municipal.

Apoio à instalação e integração

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se compromete a colaborar com a empresa autorizada para instalação do PEP municipal, garantindo o acesso às informações e a integração em todas as etapas do processo.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará e contará com prontuário único para cada paciente, no qual estarão organizados, de forma legível e precisa, todos os registros clínicos, intervenções, exames e evoluções realizadas durante o período de atendimento. Estes registros devem ser datados, assinados e carimbados pelos profissionais responsáveis (médicos, equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde), garantindo rastreabilidade, confiabilidade e integridade das informações. Todo o conjunto documental permanecerá devidamente organizado e sob a guarda do Serviço de Arquivo de Prontuários das Unidades, com acesso integral garantido à Secretaria de Saúde mediante fluxo previamente estabelecido.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assumirá total responsabilidade pela manutenção do sigilo das informações, em absoluta observância à legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e compromete-se a fornecer ao usuário, na alta ou observação, o relatório de atendimento (“Informe de alta”), contendo todos os dados necessários: identificação completa, motivo do atendimento, hipótese diagnóstica, registro CID-10, resumo da evolução clínica, procedimentos realizados, datas de entrada e saída e, quando pertinente, motivo da transferência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também responderá pela integração dos sistemas digitais de prontuário eletrônico adotados na unidade com os sistemas municipais vigentes ou que venham a ser implantados, promovendo interoperabilidade, rastreabilidade e continuidade das informações em rede. Findo o contrato, a Irmandade compromete-se a repassar, à contratante, todos os prontuários eletrônicos não integrados e os prontuários físicos, para o devido arquivamento e guarda conforme as normas institucionais e legais, garantindo, assim, a preservação do histórico clínico e assegurando a continuidade da assistência em toda a Rede de Saúde.

b. LGPD

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará, manterá e aperfeiçoará continuamente uma Política Institucional de Segurança da Informação, abrangendo todas as unidades, sistemas, equipamentos, bases de dados, prontuários eletrônicos, documentos físicos e digitais, redes corporativas e demais ativos de informação utilizados na execução do Contrato de Gestão. A política observará as diretrizes da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), das normas do Ministério da Saúde, DATASUS, e-SUS APS, CNES, SISAB e demais sistemas oficiais aplicáveis, bem como as melhores práticas nacionais e internacionais de governança e segurança da informação.

Política Institucional de Segurança da Informação

Competirá à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo:

a) Elaborar, aprovar, divulgar e manter atualizada Política de Segurança da Informação e Privacidade aplicável a todos os colaboradores, prestadores de serviços, fornecedores e terceiros com acesso a informações institucionais;

b) Definir diretrizes para classificação, armazenamento, compartilhamento, transmissão, retenção e descarte seguro de informações e documentos;

c) Garantir a confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade e rastreabilidade das informações assistenciais, administrativas, financeiras e operacionais;

d) Implementar normas internas de uso aceitável de recursos tecnológicos, correio eletrônico corporativo, internet, dispositivos móveis, mídias removíveis e acesso remoto;

e) Promover campanhas permanentes de conscientização e treinamento dos colaboradores sobre segurança da informação, proteção de dados e prevenção de incidentes cibernéticos.

Gestão de Backup e Recuperação de Dados

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará política formal de backup e recuperação de desastres, contemplando:

a) A realização de cópias de segurança automáticas e periódicas de bancos de dados, prontuários eletrônicos, documentos administrativos e demais informações críticas;

b) A manutenção de backups locais e externos, com armazenamento seguro e protegido contra perda, corrupção, falhas técnicas, desastres naturais ou ataques cibernéticos;

c) A definição de rotinas de backup diário, semanal e mensal, conforme a criticidade dos sistemas;

d) A execução periódica de testes de restauração para validação da integridade dos dados e da efetividade dos procedimentos de recuperação;

e) A elaboração e manutenção de Plano de Continuidade de Negócios e Plano de Recuperação de Desastres (Disaster Recovery Plan – DRP), garantindo a retomada dos serviços essenciais em prazo compatível com a criticidade assistencial das unidades.

Controle de Acesso e Segurança dos Sistemas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá mecanismos rigorosos de controle de acesso físico e lógico, incluindo:

a) Gestão individualizada de usuários e credenciais de acesso aos sistemas corporativos e assistenciais;

b) Concessão de acessos baseada em perfis de função, necessidade operacional e princípio do menor privilégio;

c) Utilização de senhas seguras, mecanismos de autenticação e procedimentos formais de criação, alteração, bloqueio e exclusão de usuários;

d) Controle de acesso aos prontuários eletrônicos e informações sensíveis, com registro de auditoria das consultas, alterações e movimentações realizadas;

e) Revisão periódica das permissões concedidas aos usuários;

f) Bloqueio imediato de acessos em casos de desligamento, transferência de função ou determinação da Administração;

g) Proteção dos equipamentos por meio de ferramentas de segurança, antivírus corporativo, firewall, filtros de conteúdo e demais mecanismos preventivos.

Gestão de Incidentes de Segurança da Informação

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará processo estruturado para identificação, registro, análise, tratamento e monitoramento de incidentes de segurança da informação, contemplando:

a) Procedimentos formais para detecção e resposta a eventos de segurança, falhas sistêmicas, acessos indevidos, vazamentos de dados ou ataques cibernéticos;

b) Registro de todos os incidentes em sistema próprio ou ferramenta de gerenciamento, contendo data, causa, impacto, medidas adotadas e plano de ação;

c) Definição de níveis de criticidade, responsáveis e fluxos de escalonamento;

d) Comunicação imediata à Secretaria Municipal de Saúde e às autoridades competentes quando houver incidente relevante envolvendo dados pessoais ou risco à continuidade assistencial;

e) Implementação de ações corretivas e preventivas destinadas a evitar recorrências;

f) Produção de relatórios gerenciais periódicos contendo indicadores, tendências e medidas de mitigação.

Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará integral conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD), sendo responsável por:

a) Implementar Programa de Governança em Privacidade e Proteção de Dados;

b) Mapear e documentar os fluxos de tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos usuários, colaboradores e terceiros;

c) Manter registro das operações de tratamento de dados realizadas no âmbito do Contrato de Gestão;

d) Adotar medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, perdas, destruição, alteração, comunicação ou difusão indevida;

e) Garantir a confidencialidade das informações clínicas e assistenciais dos usuários do SUS;

f) Designar Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO), responsável pela interlocução com titulares, Administração Pública e órgãos de controle;

g) Atender às solicitações dos titulares de dados e às determinações dos órgãos fiscalizadores nos prazos legais;

h) Realizar avaliações periódicas de riscos relacionados à privacidade e proteção de dados.

Monitoramento, Auditoria e Indicadores

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo monitorará continuamente a efetividade dos controles implantados, mediante:

a) Realização de auditorias periódicas de segurança da informação e conformidade com a LGPD;

b) Monitoramento dos registros de acesso, eventos e atividades críticas dos sistemas;

c) Acompanhamento de indicadores relacionados à disponibilidade dos sistemas, taxa de sucesso dos backups, incidentes de segurança, tempo de resposta e conformidade regulatória;

d) Apresentação de relatórios periódicos à Secretaria Municipal de Saúde contendo evidências de conformidade, melhorias implementadas e planos de ação para tratamento das vulnerabilidades identificadas.

Metas para o Primeiro Ano de Contrato

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo**:

- Implantará a Política Institucional de Segurança da Informação e Privacidade em até 90 (noventa) dias da assinatura do Contrato de Gestão;
- Implementará rotina de backup automatizado para 100% dos sistemas críticos;
- Garantirá rastreabilidade de acessos em 100% dos sistemas assistenciais e administrativos;
- Realizará, no mínimo, 02 (duas) auditorias anuais de conformidade em segurança da informação e LGPD;
- Capacitará 100% dos colaboradores quanto às diretrizes de segurança da informação e proteção de dados;
- Manterá índice mínimo de disponibilidade dos sistemas críticos igual ou superior a 99%;
- Garantirá resposta, registro, análise e tratamento formal de 100% dos incidentes de segurança identificados durante a vigência contratual.

XVI. Programação Visual da Unidade

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará a programação visual das Unidades de acordo com as normas do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando padronização, identificação clara dos ambientes, orientação adequada aos usuários, acessibilidade, humanização e conformidade com a comunicação institucional exigida para serviços públicos de saúde.

Programação visual da unidade

A programação visual compreenderá a identidade padronizada da unidade, a sinalização interna e externa, a orientação de fluxos, a identificação de setores, salas e serviços, a comunicação de normas de acesso, horários, direitos e deveres dos usuários, além da sinalização de segurança, acessibilidade e informação institucional. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios visuais uniformes, legíveis e compatíveis com as diretrizes do SUS e com os padrões definidos pela Secretaria de Saúde, de modo a garantir comunicação clara, organização espacial e melhor experiência do usuário.

A execução desse serviço será planejada com base no mapeamento físico da unidade, na definição dos pontos de comunicação visual, na hierarquização das informações e na adequação dos materiais às características de cada ambiente. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá a atualização permanente da programação visual sempre que houver mudança de fluxos, reorganização de setores, alterações normativas, reformas ou necessidade de reforço informativo.

A programação visual incluirá sinalização de recepção, acessos, salas de atendimento, banheiros, áreas restritas, setores administrativos, fluxos de circulação, áreas de espera, saídas de emergência, itens de segurança e placas informativas voltadas à orientação do cidadão. Também contemplará comunicação acessível, com observância às necessidades de pessoas com deficiência, idosos e demais públicos que dependem de maior clareza na ambiência e nos sinais de orientação.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará materiais, cores, tamanhos, símbolos e padronização gráfica compatíveis com as normas institucionais e com a comunicação visual do SUS, preservando identidade pública, neutralidade institucional e caráter informativo. A produção e instalação da sinalização serão acompanhadas por rotina de conferência, validação técnica, inspeção periódica e manutenção preventiva, garantindo conservação, legibilidade e atualização dos elementos visuais.

Em termos operacionais, a programação visual será integrada aos serviços de apoio administrativo e à gestão da unidade, com definição de

responsáveis pela solicitação, aprovação, produção, instalação e manutenção das peças visuais. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que toda peça instalada esteja alinhada ao fluxo assistencial, à organização dos ambientes e às exigências de transparência e orientação ao usuário.

Para fins de Plano de Trabalho, esse item poderá ser descrito como uma ação de apoio institucional essencial à organização do serviço, à qualificação da ambiência, à segurança do usuário e à padronização dos processos internos. A redação também pode ser vinculada à rubrica de serviços de apoio institucional e comunicação, desde que o detalhamento financeiro identifique nominalmente a despesa e demonstre sua relação direta com a execução contratual.

XVII. Rádio Comunicação

A SBC implantará, operará e manterá um Sistema Integrado de Radiocomunicação, Telecomunicações e Conectividade, destinado a assegurar comunicação contínua, segura, redundante e de alta disponibilidade entre a Central de Regulação das Urgências (CRU), as Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), Veículos de Intervenção Rápida (VIR), Motolâncias, Unidades de Múltiplas Vítimas (UMV), Bases Descentralizadas e demais estruturas operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

A infraestrutura de comunicação será concebida como elemento estratégico para o gerenciamento das ocorrências, permitindo o acionamento das equipes, o monitoramento da frota em tempo real, o intercâmbio seguro de informações assistenciais, o suporte às decisões médicas, a rastreabilidade das operações e a integração com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

O sistema observará os princípios da disponibilidade, confiabilidade, interoperabilidade, segurança da informação, continuidade operacional e resiliência tecnológica, garantindo elevado desempenho mesmo em situações

de elevada demanda, eventos críticos, desastres ou indisponibilidade parcial da infraestrutura convencional de telecomunicações.

A solução de radiocomunicação será baseada em tecnologia digital profissional, utilizando padrões reconhecidos internacionalmente, como DMR (Digital Mobile Radio), TETRA (Terrestrial Trunked Radio) ou tecnologia equivalente, devidamente homologada pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), assegurando comunicação de missão crítica para os serviços de urgência e emergência.

A plataforma permitirá comunicação individual e em grupo, priorização de chamadas críticas, transmissão simultânea de voz e dados, identificação automática das estações, criptografia das comunicações, redução de interferências, excelente qualidade de áudio e mecanismos avançados de supressão de ruídos ambientais.

Toda a infraestrutura será dimensionada para suportar operação ininterrupta em regime 24 horas por dia, 7 dias por semana, assegurando elevada disponibilidade operacional.

A infraestrutura será projetada para proporcionar cobertura integral da área de atuação do SAMU 192, mediante instalação estratégica de estações repetidoras, antenas de alto desempenho e demais componentes da rede de telecomunicações.

Serão realizados estudos de propagação de radiofrequência, análise topográfica, avaliação de interferências e testes periódicos de cobertura, visando minimizar zonas de sombra e garantir comunicação eficiente em áreas urbanas, rurais, rodovias, edificações, túneis, estacionamentos subterrâneos e demais locais de difícil propagação do sinal.

Sempre que necessário serão adotadas soluções complementares para ampliação da cobertura e melhoria da disponibilidade da rede.

A rede de radiocomunicação será organizada por grupos e canais operacionais, permitindo segregação das comunicações conforme sua finalidade, reduzindo congestionamentos e aumentando a eficiência operacional.

Serão disponibilizados canais específicos para:

- Regulação Médica;

- Despacho Operacional;
- Coordenação das Equipes;
- Apoio Administrativo;
- Eventos de Grande Porte;
- Contingências e Operações Especiais.

A gestão dinâmica dos canais permitirá redistribuição das comunicações conforme a demanda operacional.

Toda a comunicação operacional será gravada digitalmente e integrada ao sistema de regulação médica, garantindo rastreabilidade, integridade das informações, suporte às auditorias internas, análise de eventos adversos, produção de evidências administrativas e atendimento às exigências legais.

XVIII. Plano de contingência tecnológica e continuidade operacional no SAMU 192

Será implantado Plano de Contingência Tecnológica contemplando procedimentos para falhas de comunicação, indisponibilidade de repetidoras, perda de conectividade, interrupção do fornecimento de energia, substituição imediata de equipamentos, acionamento de tecnologias alternativas e restabelecimento seguro dos serviços.

Será implantado programa permanente de manutenção preventiva, preditiva e corretiva da infraestrutura de radiocomunicação, contemplando inspeções periódicas, testes de desempenho, calibração dos equipamentos, atualização de firmware, substituição programada de componentes e atendimento emergencial às ocorrências críticas.

A organização manterá estoque estratégico de equipamentos reserva, incluindo rádios móveis, rádios portáteis, baterias, carregadores, antenas, fontes de alimentação e demais acessórios indispensáveis à continuidade operacional, permitindo substituição imediata sempre que necessário.

Na hipótese de colapso do sistema de TIC (indisponibilidade simultânea de redes de dados e software), entrará em vigor o **Protocolo de Operação Degradada**:

- **Recebimento de Chamadas:** Abertura da **Ficha de Regulação Física de Contingência** pelo TARM, contendo os campos essenciais de identificação e queixa principal.
- **Passagem de Ficha Física:** Envio manual/físico da ficha impressa/preenchida para a mesa do Médico Regulador de plantão.
- **Despacho via Rádio/Voz:** O Radiooperador realiza o despacho da unidade móvel via canal de voz seguro de rádio ou telefonia celular dedicada, registrando o horário no mapa de controle manual de frota.
- **Digitalização e Recomposição de Dados:** Restabelecida a tecnologia, a equipe de apoio realizará a alimentação retroativa dos dados no sistema eletrônico para recomposição do histórico e garantia da rastreabilidade legal.

Procedimentos de Teste e Manutenção do Plano de Contingência

- **Simulados de Crise:** Realização de simulados semestrais de queda de energia e transbordo de telefonia/dados para validação do tempo de resposta da equipe e funcionamento dos geradores/nobreaks.
- **Rotina de Backup:** Execução de *backups* incrementais diários e *backups* completos semanais do banco de dados, com testes periódicos de restauração (*Restore Test*).
- **Nível de Serviço de TI (SLA de Suporte):** Disponibilização de equipe de TI em regime de *plantão presencial/sobreaviso 24h*, com tempo máximo de atendimento presencial de **30 minutos** para chamados de nível crítico.

XIX. Ambulâncias — 2 SBV + 1 SAV + 1 UMRT

A gestão da frota será orientada pelos princípios da eficiência operacional, disponibilidade contínua, segurança veicular e confiabilidade dos equipamentos embarcados. Para tanto, serão adotados processos sistematizados de inspeção, monitoramento e manutenção, assegurando que cada unidade permaneça apta para atendimento ininterrupto durante as vinte e quatro horas do dia, todos os dias da semana.

Cada ambulância será equipada de acordo com sua finalidade assistencial, observando os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela legislação vigente para o atendimento pré-hospitalar móvel. Os veículos contarão com mobiliário técnico, equipamentos eletromédicos, dispositivos de suporte à vida, sistemas de oxigenoterapia, materiais para imobilização, medicamentos, insumos assistenciais, equipamentos de proteção individual, sistemas de climatização, iluminação de emergência, sinalização visual e sonora, além de recursos de radiocomunicação e geolocalização integrados à Central de Regulação das Urgências.

As Unidades de Suporte Básico serão destinadas ao atendimento de pacientes em situações que demandem suporte básico de vida, sendo tripuladas por profissionais habilitados e treinados para atuação no atendimento pré-hospitalar móvel. Já a Unidade de Suporte Avançado será destinada às ocorrências de maior gravidade, dispondo de estrutura compatível com procedimentos invasivos, monitorização contínua e intervenções de alta complexidade, permitindo assistência qualificada aos pacientes críticos durante todas as etapas do atendimento.

A Unidade de Múltiplas Vítimas e Resgate (UMRT) constituirá recurso estratégico para resposta a acidentes de grande proporção, desastres, incidentes com múltiplas vítimas e eventos que exijam ampliação da capacidade operacional do serviço. Além de apoiar as demais equipes do SAMU 192, a unidade permitirá o transporte de equipamentos especializados, materiais de resgate e suprimentos destinados ao gerenciamento de situações excepcionais.

A operacionalização da frota compreenderá inspeções técnicas diárias, conferência dos equipamentos embarcados, verificação das condições mecânicas, elétricas e hidráulicas, controle dos níveis de combustível e fluidos, avaliação dos sistemas de comunicação, testes dos dispositivos de segurança e reposição imediata dos materiais consumidos após cada atendimento. Todas as verificações serão registradas em formulários próprios ou em sistema informatizado, assegurando rastreabilidade e controle gerencial.

A manutenção dos veículos será executada conforme plano previamente estabelecido, contemplando intervenções preventivas, preditivas e corretivas,

observando as recomendações dos fabricantes, os limites de quilometragem, o tempo de utilização dos componentes e as inspeções obrigatórias previstas na legislação. Sempre que necessário, a substituição temporária da unidade será realizada de forma imediata, preservando a continuidade da assistência e evitando impactos na cobertura operacional.

O gerenciamento da frota será apoiado por soluções tecnológicas que possibilitarão o acompanhamento em tempo real da localização dos veículos, disponibilidade operacional, tempo de resposta, deslocamentos, histórico de manutenções, consumo de combustível, quilometragem percorrida e demais informações estratégicas para a tomada de decisão, contribuindo para maior eficiência logística e melhor utilização dos recursos públicos.

A performance operacional será acompanhada por indicadores específicos, tais como disponibilidade da frota, índice de utilização das unidades, tempo médio de resposta, percentual de cumprimento da manutenção preventiva, incidência de falhas mecânicas, conformidade dos equipamentos embarcados, consumo médio de combustível, tempo de indisponibilidade dos veículos e índice de prontidão operacional.

FROTA SAMU 192 – SÃO BERNARDO DO CAMPO

COMPOSIÇÃO DA FROTA

02 UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO (USB)	02 UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO (USB)	01 UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	01 UNIDADE DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS E RESGATE (UMRT)
Atendimento a ocorrências de baixa e média complexidade, com suporte básico de vida e estabilização do paciente.	Atendimento a ocorrências de baixa e média complexidade, com suporte básico de vida e estabilização do paciente.	Suporte avançado de vida, com equipe especializada e equipamentos para intervenções de alta complexidade.	Atendimento a múltiplas vítimas e situações de resgate em acidentes, desastres e eventos de grande porte.

CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DA FROTA

- Disponibilidade 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Veículos equipados conforme normativas do Ministério da Saúde e legislação vigente.
- Inspeções diárias, manutenção preventiva e corretiva, higienização e controle de materiais.
- Monitoramento em tempo real da localização, desempenho operacional e manutenção.
- Profissionais capacitados e treinados para o atendimento pré-hospitalar móvel.
- Frota preparada para garantir agilidade, segurança e qualidade no atendimento à população.

COMPROMISSO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reafirma seu compromisso com uma gestão eficiente, transparente e responsável, assegurando que cada unidade da frota esteja sempre pronta para salvar vidas e promover um atendimento humanizado e de excelência.

XX. Outras locações — 2 motolâncias

A SBC implantará e gerenciará 2 (duas) Motolâncias no SAMU 192, atuando como Unidades de Apoio Rápido (UAR) em modalidade de intervenção precoce. O objetivo é reduzir drasticamente o tempo de resposta inicial em áreas de tráfego denso, vias de difícil acesso ou corredores urbanos congestionados, garantindo suporte vital antes da chegada da Unidade de Suporte Básico (USB) ou avançado (USA).

As Motolâncias serão empregadas prioritariamente em regiões caracterizadas por elevada densidade de tráfego, corredores urbanos congestionados, vias estreitas, áreas de difícil acesso para ambulâncias convencionais, eventos de grande concentração de pessoas e demais situações em que a chegada precoce do primeiro respondedor represente fator determinante para o prognóstico do paciente.

A atuação das Unidades de Apoio Rápido permitirá a realização da abordagem inicial, estabilização clínica, execução de procedimentos de suporte à vida, avaliação primária e comunicação em tempo real com a Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), garantindo assistência qualificada até a chegada das Unidades de Suporte Básico (USB) ou de Suporte Avançado (USA), quando indicado.

Além da redução do tempo de resposta, o serviço contribuirá para a otimização da utilização da frota, maior eficiência na regulação médica, racionalização dos recursos assistenciais e fortalecimento da capacidade operacional do SAMU 192.

As Motolâncias serão conduzidas por profissionais legalmente habilitados e capacitados para atuação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, observando rigorosamente os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelos respectivos Conselhos Profissionais.

Cada Motolância será equipada com conjunto completo de equipamentos destinados ao atendimento inicial das principais urgências e

emergências clínicas e traumáticas, permitindo a execução imediata dos procedimentos essenciais até a chegada da ambulância de suporte.

6.1.10 A.10. Indicadores de Monitoramento

O gerenciamento e a operacionalização dos serviços públicos de saúde exigem a adoção de metodologia estruturada, capaz de integrar os processos assistenciais, administrativos e gerenciais necessários ao adequado funcionamento das unidades, assegurando a utilização eficiente dos recursos públicos, a qualidade da assistência prestada e o cumprimento das metas e obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a metodologia de atuação que orientará a execução do objeto deste Chamamento Público, estruturada para assegurar a consecução da finalidade pretendida pela Contratante, consistente no funcionamento integral e qualificado da Rede Municipal de Atenção Básica, por meio da organização dos processos de trabalho, da integração das equipes multiprofissionais, da padronização das rotinas institucionais, do monitoramento permanente dos resultados e da adoção de mecanismos de governança, gestão de riscos e melhoria contínua.

O modelo proposto fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, na legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e nas normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contemplando uma gestão orientada por processos, resultados e evidências, com foco na ampliação do acesso, na integralidade do cuidado, na resolutividade da assistência, na eficiência operacional, na transparência da gestão e na sustentabilidade da execução contratual.

Para garantir a efetiva implementação dessa metodologia, a execução do objeto será organizada em oito eixos metodológicos integrados, que representam os pilares do modelo institucional de gestão adotado pela Irmandade. Esses eixos estabelecem as diretrizes para o planejamento das

atividades, organização dos processos assistenciais e administrativos, gestão de pessoas, padronização das rotinas, monitoramento dos indicadores, governança institucional, gestão de riscos e aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Os capítulos apresentados na sequência detalham os instrumentos técnicos e operacionais que materializam cada um desses eixos, contemplando fluxos, normas, rotinas, regimentos, manuais, protocolos, mecanismos de monitoramento e indicadores de desempenho, evidenciando a forma pela qual a metodologia proposta será aplicada na prática para assegurar uma execução contratual eficiente, segura, transparente e alinhada às diretrizes do Edital, do Contrato de Gestão e dos princípios que regem a Administração Pública e o Sistema Único de Saúde.

6.1.10.1 Metodologia para Monitoramento de Indicadores

Gestão de Indicadores de Desempenho Institucional

A gestão das informações e do conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso na administração de complexos sistemas de saúde modernos. A informação no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, sua análise e utilização, pressupõe um conjunto de dados derivados da comunicação que se estabelece entre as partes. Por isso, torna-se necessário o estabelecimento de estratégias para a obtenção, processamento, análise, armazenamento e utilização desse conjunto de dados e informações, de forma organizada e sistematizada, como elemento fundamental no planejamento e na implementação de sistemas de saúde que satisfaçam as necessidades dos financiadores, dos gestores, dos profissionais, da sociedade e, principalmente do cidadão.

A assistência à saúde em geral e em particular a prática médica modificaram- se substancialmente ao longo dos tempos. Atualmente, observa-se um crescimento extraordinário da quantidade e complexidade do conhecimento médico, numa velocidade que dificulta a atualização do profissional das áreas ligadas à saúde. Uma consequência natural desse progresso foi o aumento da quantidade, intensidade e complexidade dos serviços prestados ao paciente e a população em geral, e em consequência gerando uma grande quantidade de dados e informações.

Os serviços de saúde estão cada vez mais sujeitos à competitividade do mercado e à necessidade de prestar serviços de qualidade. Como possuem uma estrutura organizacional grande e complexa, é necessária uma gestão financeira eficiente, bem como o controle dos custos dessas organizações. Desse modo, torna se necessário, segundo Alemi e Sullivan (2007), que os gestores busquem ferramentas gerenciais que possuam comprovada eficácia, no sentido de viabilizar a atuação das organizações de saúde nesse ambiente. Em meio a essas ferramentas, destacam-se aquelas relacionadas à avaliação de desempenho, que geralmente é realizada por meio da análise de indicadores de desempenho (SOUZA et al., 2008).

No caso de organizações de saúde, a avaliação de desempenho é especificamente complexa, refletindo a estrutura dessas organizações, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009) tem a função de proporcionar atenção médica completa, preventiva e curativa à população, sendo parte integrante de um sistema coordenado de saúde.

As organizações de saúde manipulam e processam uma grande quantidade de dados e informações decorrentes de sua estrutura, seus processos e resultados que apresentam, bem como dados e informações referentes ao segmento e ambiente onde atuam. Essas informações formam o conjunto de indicadores utilizado para monitorar o desempenho da organização e o alinhamento das atividades do núcleo operacional com as diretrizes estratégicas.

A utilização de indicadores de desempenho para serviços de saúde, especialmente aqueles atrelados ao desempenho econômico-financeiro, pode contribuir expressivamente para a eficiência da gestão (SILVA, 2005). O principal objetivo de tais indicadores, segundo Souza et al. (2008, p. 4), é “disponibilizar informações úteis de diversas áreas e níveis organizacionais, a fim de auxiliar os gestores no processo decisório”.

Os indicadores são decorrentes da gestão estratégica (valores, missão, visão de futuro, fatores críticos para êxito e metas estratégicas), da gestão operacional (macroprocessos e processos) e das partes interessadas (clientes, servidores, sociedade, fornecedores, etc). Há necessidade de se manter alinhamento e integração entre os indicadores.

Ocupação, receita, despesa, produção e tempo de espera para ser medicado na emergência são exemplos de índices que podem ser extraídos através do uso dos indicadores de saúde.

É por meio dos indicadores estatísticos que os melhores diagnósticos são alcançados. Os indicadores estatísticos são medidas usadas para ajudar a

descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, servindo também para comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade.

As informações podem se referir a qualquer uma das perspectivas que determinam o desempenho da organização, como por exemplo, aos seus processos finalísticos (incluindo medidas do resultado da assistência), aos aspectos financeiros (incluindo custos operacionais, custo do produto por grupos diagnósticos), aos clientes (perfil epidemiológico e socioeconômico, universo potencial e universo atingido, níveis de satisfação e insatisfação); aos colaboradores (força de trabalho), como por exemplo: dados sobre perfis profissionais, desempenho individual e de equipe, vínculo funcional, treinamentos, capacitação, admissão, evolução funcional, demissão, etc ou, ainda, aos demais processos de apoio, como acompanhamento das compras, serviços gerais e manutenção, por exemplo.

Os setores de custos e contabilidade se utilizam desses dados para composição dos seus relatórios de análise comparativa, permitindo o acompanhamento gerencial e orçamentário. Outros setores, como Recursos Humanos, Recepção de Internação (Ocupação), Hotelaria, Controle de Estoque, Almoxarifado, Lavanderia e Manutenção, utilizam-se dos indicadores para suprimento, análise e acompanhamento de sua área.

Uso dos Indicadores

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como por exemplo os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de seus recursos, entre outros, que podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo” (FNQ 2005). Constituem a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço.

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.

Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

▪ Simplicidade - quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;

▪ Inteligibilidade - de fácil entendimento aos usuários e analistas do mesmo;

▪ Objetividade - não depender da interpretação do observador;

▪ Estabilidade - seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;

▪ Especificidade - capta eventos bem definidos;

▪ Sensibilidade - capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;

▪ Rastreabilidade - conhecimento e controle de suas variáveis;

▪ Baixo Custo de Obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição.

Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de sofisticados e complicados modelos. Como exemplos de indicadores incluem-se aqueles relacionados à estrutura, aos processos organizacionais, resultados gerais da organização, e às melhorias geradas.

Incluem-se entre os indicadores aqueles relacionados ao grau de atualização e confiabilidade dos sistemas de informação, tempo para disponibilizar a informação, quantidade de informações, adequação dos recursos alocados à tecnologia da informação e adequação do sistema de indicadores às necessidades da organização.

No processo de seleção dos indicadores mais adequados, devem-se procurar aqueles relacionados com os objetivos da organização e, também, aqueles que possam comunicar de forma mais clara e objetiva as realizações da organização para todas as partes interessadas: clientes, força de trabalho, proprietários (acionistas, patrocinadores, governo ou contribuintes), fornecedores e parceiros, comunidade e sociedade.

Os principais indicadores, segundo Takashina (2004), são:

▪ **Indicadores estratégicos** - informam o “quanto” a organização se encontra na direção da consecução de sua visão. Refletem o desempenho em relação aos fatores críticos para o êxito;

▪ **Indicadores de produtividade (eficiência)** - medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo;

▪ **Indicadores de qualidade (eficácia)** - focam as medidas de satisfação dos clientes e as características do produto/serviço;

▪ **Indicadores de efetividade (impacto)** - focam as consequências nos produtos/serviços;

▪ **Indicadores de capacidade** - medem a capacidade de resposta de um processo através da relação entre as saídas produzidas por unidade de tempo. Em consonância com o Edital Chamamento Público e a presente proposta técnica, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo irá trabalhar indicadores de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros.

Os indicadores selecionados servirão para análises de controle de qualidade, e fornecerão embasamento para a elaboração de sistemáticas direcionadas às ações preventivas e corretivas.

Metodologia de Monitoramento, Análise e Gestão dos Indicadores

A Irmandade adotará uma metodologia sistemática e integrada para coleta, definição, análise e acompanhamento de indicadores institucionais, assistenciais e operacionais, visando apoiar a estratégia administrativa, a tomada de decisão clínica, a melhoria dos resultados e o cumprimento dos objetivos do Contrato de Gestão.

PROCESSO DE MONITORAMENTO

Planejamento de Indicadores

Os indicadores são definidos de acordo com as necessidades da unidade, recomendações do Ministério da Saúde, portarias específicas (ex: Portaria nº 312/2002), Contrato de Gestão e diretrizes municipais. São revisados anualmente e classificados em estratégicos, assistenciais, operacionais, de qualidade, produtividade, satisfação e recursos humanos.

Coleta de Dados e Registro

A coleta ocorre de forma diária e/ou periódica, por profissionais capacitados, a partir dos sistemas informatizados, formulários, prontuário eletrônico, SAME e relatórios dos setores (Enfermagem, Recepção, Recursos Humanos, Farmácia, Hotelaria, Manutenção e Contabilidade). Os registros respeitam critérios de integridade, rastreabilidade e padronização institucional.

Consolidação e Interpretação

Os dados são consolidados mensalmente, sendo processados por equipe técnica (Estatística/Diretoria Técnica), com geração de tabelas, gráficos e relatórios comparativos. São analisadas tendências, variações, sazonalidades, resultados por setor, causas de desvios e pontos de atenção, proporcionando avaliação objetiva dos aspectos quantitativos e qualitativos.

Divulgação e Transparência

Todos os relatórios são apresentados à gerência, equipe multiprofissional, Secretaria Municipal de Saúde e à sociedade, garantindo transparência e participação das equipes na validação dos resultados e discussão das ações corretivas e preventivas.

Gestão de Ações Corretivas e Aprimoramento

Ao identificar indicadores abaixo das metas pactuadas ou fora dos padrões esperados, são implementadas ações corretivas imediatas e/ou estratégicas:

- Investigação da causa junto à equipe e setores implicados
- Planejamento de intervenções (capacitação, readequação de fluxos, revisão de protocolos)
- Execução de mudanças e monitoramento dos resultados após intervenção
- Feedback contínuo para aprimoramento dos processos e indicadores

Revisão, Atualização e Auditoria

Os indicadores são revisados e atualizados conforme evolução institucional, legislação, resultados obtidos e sugestões das equipes de trabalho. Auditorias internas e externas são realizadas regularmente para garantir adequação metodológica, consistência dos dados e efetividade das ações.

Tecnologia e Integração

O monitoramento dos indicadores é suportado por sistemas de gestão hospitalar com exportação e cruzamento de dados com sistemas oficiais (SIA/SUS, SIH/SUS, CNES, eSUS-AB, BPA, AIH), assegurando compatibilidade, integração e tempestividade da informação necessária à gestão e ao acompanhamento municipal.

Qualidade dos Indicadores

Todos os indicadores monitorados atendem critérios de simplicidade, inteligibilidade, estabilidade, especificidade, sensibilidade, rastreabilidade e baixo custo de obtenção, sendo base para tomada de decisão clínica, administrativa, financeira e para o desenho de políticas institucionais de aperfeiçoamento da assistência, produtividade e qualidade.

Processo de Monitoramento de Indicadores

Cronograma de Implantação e Atividades

Serviço/Área	Atividade	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	Observações
Gestão/Estatística	Definição dos indicadores e parâmetros	X												Adequação ao Contrato de Gestão
Gestão/Estatística	Parametrização de sistema informatizado	X												Configuração dos formulários

Todos os setores	Capacitação das equipes para coleta e registro	X												Treinamentos iniciais
Todos os setores	Início da coleta e registro dos indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Execução contínua
Gestão/Estatística	Consolidação mensal e análise dos resultados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Consolidado do mês anterior
Direção Técnica	Reunião para análise de resultados e desvios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensal
Todos os setores	Notificação e registro de não conformidades		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Em caso de ocorrência
Equipes técnicas	Planejamento e implantação de ações corretivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Após identificação de desvios
Gestão/Estatística	Elaboração e envio de relatório mensal de indicadores		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Até o 10º dia útil
Gestão/Estatística	Revisão anual de indicadores e metodologia												X	Reunião de avaliação e planejamento anual

Metodologia para análise e tratamento de não conformidades e desvio de indicadores.

Fundamentação

A análise e o tratamento de não conformidades e desvios de indicadores são práticas indispensáveis para a efetivação da qualidade, transparência e segurança na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Política

Nacional de Qualidade em Saúde (PNQS/MS), o sistema público brasileiro exige, para sua sustentabilidade e eficiência, métodos sistematizados de monitoramento, identificação e correção de não conformidades que possam comprometer o desempenho institucional, os resultados assistenciais e a satisfação do usuário.

No âmbito do SUS, a gestão da qualidade se ancora na Constituição Federal (art. 196), que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, e nos preceitos da Lei nº 8.080/1990, que institui o dever do ente público de organizar e regular serviços de saúde com base na avaliação permanente dos resultados. A Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Segurança do Paciente, estabelece a aplicação de protocolos, o monitoramento estruturado de incidentes e eventos adversos, bem como a exigência de notificação, análise aprofundada e implementação de ações corretivas, educacionais e preventivas fundamentadas em evidências.

Autores como Mendes (2012) enfatizam que a abordagem de não conformidades exige não apenas identificação de falhas, mas uma cultura de aprendizado institucional, em que o registro, análise e monitoramento contínuo se traduzam em melhoria sistêmica dos processos e valorização da integralidade do cuidado. Segundo Silva et al. (2015), no SUS, a metodologia deve ser adaptada à complexidade das redes locais, promovendo envolvimento multiprofissional, integração das áreas e foco tanto em resultados clínicos quanto em processos administrativos e satisfação do usuário.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a gestão da qualidade e da segurança do paciente incentiva a adoção de ferramentas de melhoria contínua, tais como análise de causa raiz, sistemas de notificação de incidentes e não conformidades, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), auditorias internas e monitoramento sistemático de indicadores, promovendo a participação das equipes, o feedback dos resultados e a implementação de ações corretivas e preventivas. Da mesma forma, as diretrizes estabelecidas para os Contratos de Gestão exigem a adoção de mecanismos de monitoramento, avaliação contínua, registro das inconformidades, prestação de contas e acompanhamento dos planos de ação, assegurando transparência, rastreabilidade dos processos e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Dessa forma, a adoção de metodologias robustas e integradas para análise e tratamento de não conformidades e desvios de indicadores é não apenas recomendada, mas balizada e exigida pelo arcabouço legal e técnico do SUS, sendo fator de amadurecimento institucional, fortalecimento da

governança, promoção da equidade, segurança do paciente e efetividade das ações em saúde pública.

Introdução

A gestão moderna dos serviços de saúde no âmbito do SUS requer monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, operacionais e administrativos, sendo a análise e o tratamento das não conformidades etapas essenciais para o aprimoramento contínuo da qualidade, segurança e eficiência dos processos institucionais (Mendes, 2012; Ministério da Saúde, 2013). Esta seção detalha a metodologia adotada para identificação, registro, investigação, tratamento e acompanhamento das inconformidades e desvios de indicadores que possam comprometer o resultado e o padrão assistencial pactuado.

Definição e Identificação de Não Conformidade

Não conformidade é definida como qualquer evento, resultado, processo ou indicador que diverge dos padrões técnicos, normativos ou metas previamente estabelecidos no Contrato de Gestão ou nas diretrizes do SUS (Donabedian, 1980; Silva et al., 2015). Tal divergência pode se manifestar sob a forma de indicadores fora da meta (exemplo: taxa de satisfação abaixo do esperado, aumento de tempo de espera, registro incompleto em prontuários), eventos adversos, falhas operacionais ou descumprimento de protocolos clínicos e administrativos.

A identificação pode se dar por:

- Monitoramento de indicadores periódicos (diários, mensais, trimestrais);
- Auditorias internas ou externas (Núcleo de Segurança do Paciente, Controle Interno, Secretaria Municipal de Saúde);
- Notificação espontânea por profissionais, usuários ou gestores (Rede Sentinela, ouvidoria, relatórios);
- Revisão documental e análise cruzada de informações institucionais.

Registro e Classificação

Uma vez identificado o desvio ou não conformidade, realiza-se o registro formal em sistema informatizado ou formulário institucional próprio (ficha de não conformidade). São documentados: setor responsável, data, descrição do evento, indicador afetado, impacto potencial/real, tipo de não conformidade

(assistencial, processual, administrativa, estrutural, humana ou tecnológica) e dados complementares.

Investigação de Causa-Raiz

A investigação das causas segue metodologias reconhecidas de gestão da qualidade, como o Ciclo PDCA, Diagrama de Ishikawa e Análise de Causa-Raiz (ACR). São envolvidos profissionais dos setores afetados, gestores e equipe multiprofissional, utilizando reuniões técnicas, discussões de casos, entrevistas, revisão dos fluxos, protocolos e registros. O objetivo é elucidar fatores contribuintes (falhas de comunicação, descumprimento de rotina, insuficiência de capacitação, limitação de recursos, fatores externos), mapear o processo e identificar oportunidades de melhoria.

Planejamento e Implementação das Ações Corretivas/Preventivas
A partir da investigação e das causas identificadas, são propostas ações corretivas e/ou preventivas, que podem incluir:

- Revisão e atualização de protocolos operacionais;
- Treinamento dirigido à equipe envolvida;
- Adaptação de processos e rotinas institucionais;
- Realocação de recursos, ajuste de tecnologias, reformas estruturais;
- Implementação de checklists, barreiras técnicas e sistemas de rastreabilidade;
- Comunicação de resultados e reforço de cultura de qualidade.

As ações são formalizadas em plano de intervenção, contendo responsável, prazo de execução, meta de resultado esperado, cronograma e indicadores de acompanhamento.

Monitoramento Pós-Intervenção e Avaliação de Resultado

Após a implementação das medidas, realiza-se monitoramento intensivo dos indicadores envolvidos, por período acordado (mensal a trimestral), avaliando o retorno à conformidade, a estabilidade dos processos e a ausência de recorrência. O impacto das ações é mensurado qualitativa e quantitativamente, utilizando análise estatística e feedback da equipe/usuário.

Gestão do Conhecimento, Comunicação e Aprimoramento

Todos os resultados obtidos, lições aprendidas, não conformidades tratadas e ações implementadas são registrados em banco institucional,

discutidos em reuniões técnicas/gerenciais e comunicados aos profissionais, promovendo cultura de melhoria contínua, transparência e aprendizado organizacional. Protocolos, fluxos e rotinas são revisados periodicamente, com atualização das equipes e integração dos resultados ao planejamento institucional.

Integração com Órgãos de Controle e Políticas do SUS

Toda metodologia é alinhada às exigências das Portarias do Ministério da Saúde (nº 529/2013, IN nº 2/2016), recomendações da Política Nacional de Segurança do Paciente, Rede Sentinela da ANVISA, além dos marcos normativos de gestão, controle social e auditoria do SUS. Prestação de contas dos resultados é garantida por relatórios periódicos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde e instâncias reguladoras.

Todas as etapas da metodologia de análise e tratamento de não conformidades e desvios de indicadores serão conduzidas por profissionais formalmente designados, sob supervisão direta da Gestão Local e com comunicação obrigatória à Secretaria Municipal de Saúde, conforme pactuação contratual.

ANÁLISE DE NÃO CONFORMIDADES

SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

FLUXO DE GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES

1 — IDENTIFICAÇÃO
Desvio / não conformidade
Identificação do desvio ou da não conformidade em processos, serviços ou registros.
Resp.: Equipe assistencial

↓

2 — REGISTRO FORMAL
no sistema
Registro da não conformidade no sistema institucional com as informações necessárias.
Resp.: Coordenação

↓

3 — ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO
Análise da ocorrência e classificação quanto à gravidade, risco e impacto.
Resp.: Núcleo Qualidade

↓

4 — INVESTIGAÇÃO
causa raiz
Investigação detalhada para identificação das causas fundamentais do problema.
Resp.: Comissão técnica

↓

5 — PLANEJAMENTO
ação corretiva
Definição das ações corretivas e preventivas necessárias, responsáveis e prazos.
Resp.: Gestão

↓

6 — IMPLEMENTAÇÃO
da ação
Execução das ações definidas conforme plano estabelecido.
Resp.: Equipe designada

↓

7 — MONITORAMENTO
pós-intervenção
Acompanhamento dos resultados das ações para verificar a eficácia das medidas adotadas.
Resp.: Núcleo Qualidade

↓

8 — COMUNICAÇÃO
e revisão
Comunicação dos resultados, lições aprendidas e revisão dos processos quando necessário.
Resp.: Direção técnica

Objetivo: Tratar as não conformidades de forma sistemática, identificando causas, implementando ações eficazes e promovendo a melhoria contínua dos processos.

Os parâmetros e metas de desempenho, qualidade e produtividade utilizados como referencial para a identificação dos desvios seguirão rigorosamente aquelas estabelecidas tanto no Contrato de Gestão quanto nas portarias e instruções normativas do Ministério da Saúde e do SUS. O processo de monitoramento, análise e solução de não conformidades obedecerá periodização mínima mensal, com revisões trimestrais e anuais, assegurando acompanhamento contínuo e tempestivo dos dados institucionais.

Toda a gestão dos registros, notificações, intervenções e resultados será operacionalizada por meio de sistemas informatizados homologados, que garantam rastreabilidade, segurança da informação, controle de acesso, histórico operacional e integração com outros sistemas públicos de saúde. Os sistemas serão compatíveis com as exigências municipais, estaduais e federais, permitindo exportação, auditoria e prestação de contas conforme os padrões nacionais.

Os resultados das análises de não conformidades, ações corretivas tomadas, impacto nas metas e aprendizados institucionais serão integrados aos Relatórios Mensais, Quadrimestrais e Anuais obrigatórios, os quais serão encaminhados ao gestor municipal em formato exigido pelo edital. Para fortalecer a transparência e o compromisso com o controle social do SUS, os relatórios e aprendizados relevantes serão divulgados internamente a todos os profissionais da unidade e, sempre que pertinente, externamente à sociedade, respeitando os canais institucionais de comunicação e ouvidoria.

Por fim, todo o processo, documentação e resultados estarão integralmente disponíveis para auditoria interna e externa, verificação por órgãos de controle e inspeção do gestor público, salvo restrições legais e éticas relativas ao sigilo de informações pessoais. Essa estrutura assegura total aderência ao edital, à legislação vigente e às boas práticas de governança e gestão pública em saúde.

Cronograma de Implantação e Atividades

Período	Atividade	Responsável Principal	Observação
1º mês	Designação formal dos responsáveis e equipe	Gestor Local	Nomeação, portarias e apresentação oficial
1º mês	Capacitação da equipe sobre metodologia e registro de não conformidade	Coordenação	Treinamento inicial

1º mês	Definição e pactuação dos indicadores, metas e parâmetros de referência	Gestão/Estatística	Alinhamento ao Contrato de Gestão/SUS
1º mês	Parametrização dos sistemas de registro e elaboração/formalização dos instrumentos	TI/Administração	Integração dos fluxos e homologação
1º mês	Início da rotina de monitoramento e coleta de dados	Todos os setores	Coleta mensal já começa no 1º mês
1º mês	Implantação do fluxo de notificações e registro de não conformidade	Todos os setores	Sensibilização das equipes
1º mês	Consolidação e análise inicial dos indicadores	Estatística/Administração	Primeira análise conjunta
2º mês em diante	Análise de desvios, investigação de causas e registro formal	Setores/Qualidade	Para cada desvio identificado
2º mês em diante	Planejamento e implementação das ações corretivas	Setores Responsáveis	Ações a cada ciclo de não conformidade
2º mês em diante	Monitoramento pós-intervenção e reavaliação dos indicadores	Direção Técnica/Qualidade	Mensal/trimestral, conforme ocorrência
2º mês em diante	Elaboração e envio de relatórios mensais e anuais	Administração/Estatística	Até 10º dia útil, conforme Contrato de Gestão
2º mês em diante	Reuniões contínuas de revisão e atualização dos indicadores e metodologia	Gestão Local /Estatística	Revisão anual (ou conforme necessidade)

REFERÊNCIAS :

- BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.
- BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529/2013 – POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.
- ANVISA. REDE SENTINELA. MANUAL DE IMPLANTAÇÃO (2010).
- IN Nº 2/2016 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO DO MS.
- MENDES, E.V. (2012). AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. BRASÍLIA: OPAS.
- SILVA, A.E.B.C. ET AL. (2015). SEGURANÇA DO PACIENTE, EVENTOS ADVERSOS E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 20(3).
- DONABEDIAN, A. (1980). EXPLORATIONS IN QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING. VOLUME I: THE DEFINITION OF QUALITY AND APPROACHES TO ITS ASSESSMENT. ANN ARBOR, MI: HEALTH ADMINISTRATION PRESS.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2006). QUALITY OF CARE: A PROCESS FOR MAKING STRATEGIC CHOICES IN HEALTH SYSTEMS.
- SILVA, M.C.C. ET AL. (2015). NÃO CONFORMIDADES EM PROCESSOS HOSPITALARES: OPORTUNIDADES PARA O GERENCIAMENTO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE. REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, 9(2).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529/2013. POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

6.1.10.2 Indicadores Propostos

Os indicadores apresentados neste item constituem instrumentos institucionais destinados ao monitoramento sistemático do desempenho assistencial, operacional, administrativo, financeiro e da qualidade dos serviços executados no âmbito do Contrato de Gestão. Sua finalidade é subsidiar o acompanhamento contínuo dos processos, apoiar a tomada de decisão gerencial, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a governança institucional.

A proposta foi estruturada em conformidade com as diretrizes estabelecidas no Edital de Chamamento Público, contemplando indicadores claros, mensuráveis, comparáveis e alinhados aos princípios de eficiência, qualidade, produtividade, desempenho econômico-financeiro e resultados em saúde. A seleção dos indicadores observa critérios de relevância técnica, objetividade, rastreabilidade, disponibilidade das informações e viabilidade de monitoramento durante toda a execução contratual.

Cada indicador possui definição metodológica, critério de apuração, fonte de dados, periodicidade de monitoramento, responsável pela consolidação das informações e método de análise, assegurando uniformidade na coleta, consistência dos resultados e comparabilidade histórica.

A apuração será realizada por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas informatizados utilizados na gestão das unidades, conforme a natureza de cada indicador, garantindo integração das informações, confiabilidade dos registros e suporte aos processos de monitoramento, avaliação e prestação de contas previstos no Contrato de Gestão.

Os resultados serão consolidados em painéis gerenciais e relatórios técnicos periódicos, submetidos à análise das coordenações, da gestão local e da administração institucional, subsidiando a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Metodologia para Definição e Monitoramento dos Indicadores Propostos

Todos os indicadores institucionais propostos serão estruturados segundo metodologia padronizada, assegurando uniformidade na coleta, processamento, análise e divulgação das informações. Os parâmetros metodológicos observarão critérios técnicos que permitam comparabilidade dos resultados ao longo da execução contratual, confiabilidade dos dados e integração com os sistemas oficiais de informação.

Elemento	Metodologia
Finalidade	Monitorar o desempenho assistencial, operacional, administrativo, financeiro e institucional das unidades sob gestão da Contratada.
Definição	Cada indicador possuirá conceito técnico padronizado, permitindo interpretação uniforme dos resultados.
Método de apuração	Cálculo por meio de fórmula previamente definida, composta por numerador, denominador, unidade de medida e critério de cálculo.
Fonte de dados	Sistemas oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, prontuário eletrônico, sistemas informatizados institucionais, relatórios gerenciais e registros administrativos, conforme a natureza do indicador.
Periodicidade	Diária, semanal, mensal, quadrimestral ou anual, conforme a finalidade do indicador e a necessidade gerencial.
Responsável pela apuração	Coordenação da área responsável pelo processo monitorado, com consolidação pela Gestão da Unidade.

Validação	Conferência dos dados pela gestão local antes da consolidação dos resultados institucionais.
Análise crítica	Avaliação periódica dos resultados, tendências, desvios e fatores intervenientes, realizada em reuniões gerenciais e técnicas.
Plano de ação	Elaboração de ações corretivas, preventivas ou de melhoria sempre que identificados resultados inferiores às metas estabelecidas ou tendências desfavoráveis.
Divulgação	Consolidação em painéis gerenciais, relatórios técnicos e instrumentos de acompanhamento destinados à gestão institucional e ao Contratante.
Revisão	Avaliação periódica da pertinência dos indicadores, considerando alterações normativas, necessidades institucionais e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Classificação dos Indicadores

Os indicadores propostos serão organizados em grupos temáticos, permitindo análise integrada dos processos e dos resultados alcançados durante a execução contratual.

- ✓ Indicadores de Eficiência.
- ✓ Indicadores de Qualidade.
- ✓ Indicadores de Produtividade.
- ✓ Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais.
- ✓ Indicadores Econômico-financeiros.
- ✓ Indicadores de Governança e Gestão.

Cada grupo será composto por indicadores específicos, definidos de acordo com as características do objeto contratual, contemplando metodologia de cálculo, fonte de informação, periodicidade de monitoramento, responsável pela apuração e finalidade gerencial.

I. **Indicadores de Eficiência**

Os indicadores de eficiência têm por finalidade avaliar a utilização racional dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e operacionais empregados na execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência,

permitindo acompanhar o desempenho dos processos administrativos e assistenciais, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar a otimização da capacidade operacional das equipes e da frota.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
DESDE 1939

I. INDICADORES DE EFICIÊNCIA – SAMU 192

Os indicadores de eficiência têm por finalidade avaliar a utilização racional dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e operacionais empregados na execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, permitindo acompanhar o desempenho dos processos, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar a otimização da capacidade operacional das equipes e da frota.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS
1	**Índice de Disponibilidade Operacional da Frota**	Avalia a disponibilidade das Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais recursos móveis para atendimento às ocorrências, permitindo monitorar a capacidade operacional do serviço.	(Horas de viaturas disponíveis ÷ Horas totais previstas) × 100	Mensal	Sistema de gestão da frota, Central de Regulação das Urgências
2	**Índice de Disponibilidade dos Equipamentos das Viaturas**	Monitora a disponibilidade dos equipamentos médico-hospitalares obrigatórios das ambulâncias, assegurando condições adequadas para o atendimento pré-hospitalar móvel.	(Equipamentos disponíveis ÷ Equipamentos previstos) × 100	Mensal	Sistema de patrimônio, manutenção e check-list operacional
3	**Tempo Médio de Liberação das Viaturas**	Avalia a eficiência do processo de reabastecimento, higienização, reposição de materiais e retorno da viatura à condição operacional após cada atendimento.	Soma do tempo de liberação das viaturas ÷ Número de ocorrências concluídas	Mensal	Sistema operacional do SAMU
4	**Índice de Atendimento das Solicitações Internas**	Avalia a eficiência no atendimento das demandas administrativas e operacionais das bases descentralizadas e da Central de Regulação.	(Solicitações atendidas no prazo ÷ Total de solicitações) × 100	Mensal	Sistema informatizado institucional
5	**Índice de Absenteísmo dos Colaboradores**	Monitora o impacto das ausências dos profissionais sobre a disponibilidade das equipes operacionais e administrativas.	(Horas de ausência ÷ Horas previstas de trabalho) × 100	Mensal	Sistema de Recursos Humanos
6	**Índice de Conformidade dos Processos Operacionais**	Avalia a aderência dos processos administrativos, logísticos e assistenciais aos protocolos operacionais, procedimentos institucionais e normas vigentes.	(Processos conformes ÷ Processos auditados) × 100	Mensal	Auditorias internas e Sistema da Qualidade

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de eficiência serão apurados por meio das informações registradas na Central de Regulação das Urgências, sistemas informatizados de gestão da frota, recursos humanos, manutenção, patrimônio e qualidade, bem como pelos sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicáveis, assegurando rastreabilidade, padronização dos registros, confiabilidade das informações e comparabilidade histórica dos resultados.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de eficiência serão apurados por meio das informações registradas na Central de Regulação das Urgências, sistemas informatizados de gestão da frota, recursos humanos, manutenção, patrimônio e qualidade, bem como pelos sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicáveis, assegurando rastreabilidade, padronização dos registros, confiabilidade das informações e comparabilidade histórica dos resultados.

II. Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade têm por finalidade avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos, a adesão aos protocolos institucionais, a segurança do paciente, a satisfação dos usuários e a efetividade das ações implementadas, subsidiando a melhoria contínua dos serviços prestados.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores de qualidade têm por finalidade avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos, a segurança do paciente, a satisfação dos usuários e a efetividade das ações implementadas.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	**Índice de Conformidade dos Prontuários e Registros Assistenciais**	Avalia a completude, legibilidade e conformidade dos registros assistenciais, contribuindo para a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.	(Registros conformes ÷ Registros auditados) × 100	Mensal	Prontuário eletrônico, auditoria de prontuários	Prontuário eletrônico e sistema institucional
2	**Índice de Adesão aos Protocolos Institucionais**	Monitora o cumprimento dos protocolos assistenciais, administrativos e operacionais instituídos pela organização.	(Processos aderentes ÷ Processos avaliados) × 100	Mensal	Auditorias internas, Núcleo da Qualidade	Sistema da Qualidade e institucional
3	**Taxa de Incidentes com Dano**	Permite acompanhar a ocorrência de eventos adversos com dano ao usuário e avaliar a efetividade das ações de segurança do paciente.	(Incidentes com dano ÷ Total de atendimentos) × 1.000	Mensal	Sistema de notificação de incidentes	Sistema de Segurança do Paciente e institucional
4	**Índice de Satisfação dos Usuários**	Avalia a percepção dos usuários quanto ao atendimento recebido, acolhimento, organização e resolutividade dos serviços.	(Usuários satisfeitos ÷ Total de pesquisas respondidas) × 100	Mensal	Pesquisa de satisfação / Ouvidoria	Sistema de Ouvidoria e institucional
5	**Índice de Resolução das Manifestações da Ouvidoria**	Monitora a capacidade institucional de responder tempestivamente às manifestações registradas pelos usuários.	(Manifestações respondidas no prazo ÷ Total de manifestações) × 100	Mensal	Sistema de Ouvidoria	Sistema de Ouvidoria e institucional
6	**Índice de Implementação dos Planos de Ação**	Avalia a efetividade da gestão das não conformidades mediante acompanhamento das ações corretivas e preventivas planejadas.	(Planos concluídos ÷ Planos elaborados) × 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Plano de Ação	Sistema da Qualidade e institucional

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de qualidade serão consolidados a partir dos registros assistenciais, sistemas informatizados institucionais, prontuários eletrônicos, sistemas de notificação de incidentes, ouvidoria, auditorias internas e demais instrumentos de monitoramento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Contratada, permitindo análise histórica, rastreabilidade das informações e apoio à tomada de decisão.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de qualidade serão consolidados a partir dos registros assistenciais, sistemas informatizados institucionais, prontuários eletrônicos,

sistemas de notificação de incidentes, ouvidoria, auditorias internas e demais instrumentos de monitoramento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Contratada, permitindo análise histórica, rastreabilidade das informações e apoio à tomada de decisão.

III. Indicadores de Produtividade

Os indicadores de produtividade têm por finalidade monitorar o volume de atendimentos realizados, a utilização da capacidade operacional instalada, o desempenho das equipes e dos recursos móveis, bem como a eficiência da execução das atividades assistenciais e administrativas, subsidiando o planejamento operacional, a adequada alocação dos recursos e o aprimoramento contínuo da prestação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

Observação técnica

Não foram incluídos indicadores como: tempo-resposta; tempo de despacho da ocorrência; tempo de chegada ao local e tempo total de atendimento. Esses indicadores normalmente constituem metas contratuais do SAMU e serão monitorados pelo Município. A proposta acima apresenta indicadores gerenciais complementares, voltados à produtividade operacional da frota e das equipes, evitando sobreposição com os indicadores obrigatórios do Contrato de Gestão. Isso reforça a maturidade da governança institucional e amplia a capacidade de monitoramento da operação.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
DESDE 1939

III. INDICADORES DE PRODUTIVIDADE – SAMU 192

Os indicadores de produtividade têm por finalidade monitorar o volume de atendimentos realizados, a utilização da capacidade operacional instalada, o desempenho das equipes e dos recursos móveis, bem como a eficiência da execução das atividades assistenciais e administrativas, subsidiando o planejamento operacional, a adequada alocação dos recursos e o aprimoramento contínuo da prestação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS
1	**Índice de Utilização da Frota Operacional**	Avalia o grau de utilização das Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais recursos móveis durante o período analisado, subsidiando o dimensionamento operacional.	(Horas em atendimento ÷ Horas disponíveis da frota) × 100	Mensal	Central de Regulação, Sistema de Gestão da Frota
2	**Média de Atendimentos por Viatura**	Monitora a produtividade operacional de cada viatura, permitindo avaliar o equilíbrio da distribuição das ocorrências entre os recursos disponíveis.	Total de atendimentos realizados ÷ Número de viaturas operacionais	Mensal	Sistema Operacional do SAMU
3	**Média de Atendimentos por Equipe Assistencial**	Avalia a produtividade das equipes assistenciais durante o período de execução contratual.	Total de atendimentos ÷ Número de equipes assistenciais	Mensal	Escalas de serviço e Sistema Operacional
4	**Índice de Ocorrências Concluídas**	Monitora a capacidade operacional do serviço na finalização das ocorrências reguladas pela Central de Regulação.	(Ocorrências concluídas ÷ Ocorrências despachadas) × 100	Mensal	Sistema da Central de Regulação
5	**Índice de Utilização das Bases Operacionais**	Avalia a distribuição operacional das ocorrências entre as bases descentralizadas, permitindo identificar oportunidades de reorganização logística.	(Ocorrências atendidas por base ÷ Total de ocorrências) × 100	Mensal	Sistema de Regulação e Gestão Operacional
6	**Índice de Cumprimento das Escalas Operacionais**	Avalia a manutenção da cobertura assistencial prevista para cada turno de trabalho.	(Plantões integralmente cobertos ÷ Plantões previstos) × 100	Mensal	Sistema de Recursos Humanos e Escalas
7	**Índice de Disponibilidade das Equipes Assistenciais**	Monitora a disponibilidade efetiva das equipes para atendimento das ocorrências reguladas durante o período analisado.	(Horas de equipes disponíveis ÷ Horas previstas) × 100	Mensal	Escalas de trabalho e Sistema Operacional

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de produtividade serão consolidados a partir das informações registradas na Central de Regulação das Urgências, sistemas informatizados de gestão da frota, escalas de trabalho, recursos humanos e demais sistemas institucionais utilizados pela Contratada, complementados, quando aplicável, pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando confiabilidade dos registros, rastreabilidade das informações e suporte ao monitoramento gerencial.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de produtividade serão consolidados a partir das informações registradas na Central de Regulação das Urgências, sistemas informatizados de gestão da frota, escalas de trabalho, recursos humanos e demais sistemas institucionais utilizados pela Contratada, complementados, quando aplicável, pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando confiabilidade dos registros, rastreabilidade das informações e suporte ao monitoramento gerencial.

IV. Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais

Os indicadores de resultados clínicos e sociais serão consolidados mediante utilização das informações registradas na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH), Central de Regulação das Urgências, prontuários eletrônicos, sistemas oficiais de regulação, Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais sistemas informatizados utilizados pela Contratada e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade dos registros, confiabilidade das informações e monitoramento contínuo dos resultados assistenciais.

Consideração técnica

Este conjunto de indicadores foi elaborado para não competir com as metas contratuais do SAMU, que normalmente contemplam:

- Tempo de resposta;
- Tempo de despacho;
- Tempo de chegada;
- Tempo total de atendimento;
- Cobertura operacional.

Em vez disso, os indicadores propostos avaliam a qualidade clínica do cuidado prestado, a resolutividade da assistência, a integração com a Rede de Atenção às Urgências e os resultados percebidos pelos usuários, agregando

valor à proposta técnica e reforçando o modelo de governança e monitoramento institucional.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
DESDE 1939

IV. INDICADORES DE RESULTADOS CLÍNICOS E SOCIAIS – SAMU 192

Os indicadores de resultados clínicos e sociais têm por finalidade avaliar a efetividade das ações desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, os desfechos relacionados à assistência pré-hospitalar móvel, a qualidade da resposta prestada às urgências e emergências, a integração com a Rede de Atenção à Saúde e os impactos decorrentes da atuação do serviço sobre a população assistida, subsidiando o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e a qualificação da assistência.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS
1	**Índice de Estabilização Clínica Pré-Hospitalar**	Avalia a efetividade das intervenções realizadas pelas equipes do SAMU durante o atendimento pré-hospitalar, considerando a estabilização clínica do paciente antes da transferência ou encaminhamento.	(Pacientes estabilizados ÷ Pacientes elegíveis) × 100	Mensal	Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH), Prontuário Eletrônico
2	**Índice de Encaminhamento Adequado à Rede de Atenção**	Avalia a adequação do encaminhamento dos pacientes à unidade assistencial compatível com sua condição clínica e protocolos de regulação.	(Encaminhamentos adequados ÷ Total de encaminhamentos) × 100	Mensal	Central de Regulação, FAPH
3	**Índice de Recusa Justificada de Transporte**	Monitora os casos de recusa do transporte após orientação da equipe, devidamente registrados conforme protocolo institucional.	(Recusas justificadas ÷ Total de atendimentos) × 100	Mensal	FAPH e Sistema Operacional
4	**Índice de Atendimento Resolvido no Local**	Avalia a capacidade resolutiva das equipes nos atendimentos em que não houve necessidade de transporto, observados os protocolos clínicos e de regulação.	(Atendimentos resolvidos no local ÷ Total de atendimentos) × 100	Mensal	Sistema Operacional do SAMU
5	**Índice de Satisfação dos Usuários**	Avalia a percepção dos usuários e familiares quanto à qualidade da assistência prestada pelo serviço.	(Usuários satisfeitos ÷ Total de pesquisas respondidas) × 100	Mensal	Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação
6	**Índice de Integração com a Rede de Atenção às Urgências**	Avalia a efetividade da articulação entre o SAMU, a Central de Regulação e os serviços da Rede de Atenção às Urgências.	(Transferências realizadas conforme fluxo pactuado ÷ Total de transferências) × 100	Mensal	Central de Regulação, Sistema de Regulação

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de resultados clínicos e sociais serão consolidados mediante utilização das informações registradas na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH), Central de Regulação das Urgências, prontuários eletrônicos, sistemas oficiais de regulação, Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais sistemas informatizados utilizados pela Contratada e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade dos registros, confiabilidade das informações e monitoramento contínuo dos resultados assistenciais.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de resultados clínicos e sociais serão consolidados mediante utilização das informações registradas na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH), Central de Regulação das Urgências, prontuários eletrônicos, sistemas oficiais de regulação, Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais sistemas informatizados utilizados pela Contratada e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade dos registros, confiabilidade das informações e monitoramento contínuo dos resultados assistenciais.

V. Indicadores Econômico-financeiros

Os indicadores econômico-financeiros têm por finalidade monitorar a adequada aplicação dos recursos públicos, a eficiência da execução orçamentária, a conformidade da prestação de contas e a sustentabilidade financeira da execução contratual, subsidiando a gestão responsável dos recursos e o cumprimento das obrigações pactuadas.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
DESDE 1939

INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS

Os indicadores econômico-financeiros têm por finalidade monitorar a adequada aplicação dos recursos públicos, a eficiência da execução orçamentária, a conformidade da prestação de contas e a sustentabilidade financeira da execução contratual, subsidiando a gestão responsável dos recursos e o cumprimento das obrigações pactuadas.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	**Índice de Execução Orçamentária**	Avalia a compatibilidade entre os recursos planejados e efetivamente executados durante o período.	(Despesa executada ÷ Despesa orçada) × 100	Mensal	Sistema financeiro e contábil	Sistema financeiro, contábil e relatórios gerenciais
2	**Índice de Conformidade da Prestação de Contas**	Monitora a regularidade da documentação apresentada ao Contratante e aos órgãos de controle.	(Documentos conformes ÷ Documentos analisados) × 100	Mensal	Prestação de contas e auditorias	Sistema de prestação de contas e portal do Contratante
3	**Índice de Liquidação no Prazo**	Avalia a eficiência do processamento das obrigações financeiras da instituição.	(Pagamentos realizados no prazo ÷ Pagamentos previstos) × 100	Mensal	Sistema financeiro	Sistema financeiro e portal do Contratante
4	**Índice de Glosas Administrativas**	Monitora perdas financeiras decorrentes de inconsistências administrativas ou documentais.	(Valor glosado ÷ Valor apresentado) × 100	Mensal	Auditoria e faturamento	Sistema de faturamento e auditoria
5	**Índice de Economicidade das Aquisições**	Avalia a eficiência dos processos de aquisição mediante comparação entre valores contratados e estimados.	(Economia obtida ÷ Valor estimado) × 100	Mensal	Compras e contratos	Sistema de compras e gestão de contratos
6	**Índice de Regularidade Contratual**	Monitora o cumprimento dos prazos legais relacionados aos contratos administrativos e documentos obrigatórios.	(Obrigações cumpridas ÷ Obrigações previstas) × 100	Mensal	Gestão de contratos	Sistema de gestão de contratos e documentos

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores econômico-financeiros serão apurados por meio dos sistemas informatizados de gestão financeira, contábil, compras, contratos e patrimônio, complementados pelos documentos da prestação de contas e pelas informações disponibilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade, transparência e conformidade dos registros.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 (11) 4353-3300
www.santacasasbc.org.br irmandade@santacasasbc.org.br

Os indicadores econômico-financeiros serão apurados por meio dos sistemas informatizados de gestão financeira, contábil, compras, contratos e patrimônio, complementados pelos documentos da prestação de contas e pelas informações disponibilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade, transparência e conformidade dos registros.

VI. Indicador de Expansão

Com o objetivo de acompanhar a capacidade de resposta da gestão frente às necessidades de ampliação dos serviços, serão monitorados indicadores relacionados à expansão operacional do SAMU 192, permitindo avaliar a efetividade das ações implementadas para ampliação da cobertura assistencial, incorporação de novos recursos e atendimento às demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

O monitoramento contemplará a implantação de novas estruturas operacionais, ampliação da capacidade instalada, disponibilização de recursos humanos, veículos, equipamentos e demais ações necessárias à expansão do serviço, observando os prazos estabelecidos, os requisitos técnicos e as diretrizes do Contrato de Gestão.

Os resultados serão acompanhados por meio de indicadores específicos, possibilitando avaliar a tempestividade das implantações, a disponibilidade operacional dos recursos incorporados e a efetividade das medidas adotadas, subsidiando a tomada de decisão, o planejamento de novas expansões e a melhoria contínua da capacidade operacional do SAMU 192.

INDICADORES DE EXPANSÃO – LOTE 2 (SAMU 192)

Nº	INDICADOR	MÉTODO DE APURAÇÃO	FONTE DE DADOS	PERIODICIDADE	FINALIDADE
1	**Implantação das Ações Previstas no Plano de Trabalho**	(Ações implantadas ÷ Ações previstas) × 100	Relatórios gerenciais	Trimestral	Monitorar a implantação das ações estratégicas previstas no Contrato de Gestão.
2	**Ampliação das Ações de Educação Permanente**	Número de capacitações realizadas no período	Registros da Educação Permanente	Mensal	Avaliar a expansão das ações de qualificação das equipes do SAMU.
3	**Expansão das Ações de Educação Comunitária**	Número de ações educativas realizadas junto à comunidade (Samuzinho e demais ações)	Relatórios institucionais	Mensal	Monitorar a ampliação das ações de educação em urgência e emergência para a população.
4	**Ampliação da Integração com a Rede de Atenção às Urgências**	Número de reuniões técnicas, protocolos integrados ou fluxos implantados com a Rede	Atas, relatórios e protocolos	Trimestral	Avaliar o fortalecimento da integração entre o SAMU e os demais pontos da Rede de Atenção às Urgências.
5	**Implantação de Protocolos Assistenciais**	(Protocolos implantados ÷ Protocolos previstos) × 100	Gestão da Qualidade	Trimestral	Monitorar a ampliação dos protocolos clínicos e operacionais institucionalizados.
6	**Ampliação da Informatização dos Processos**	(Processos informatizados ÷ Processos previstos) × 100	Sistemas informatizados	Semestral	Avaliar a expansão da transformação digital dos processos operacionais e administrativos.
7	**Ampliação das Simulações e Exercícios Operacionais**	Número de simulados realizados no período	Educação Permanente	Trimestral	Avaliar o fortalecimento da preparação das equipes para situações críticas e desastres.
8	**Implantação de Projetos de Melhoria Contínua**	Número de projetos implantados no período	Gestão da Qualidade	Semestral	Monitorar iniciativas voltadas à inovação, segurança e melhoria dos processos.
9	**Ampliação da Disponibilidade Operacional da Frota**	(Viaturas disponíveis ÷ Frota operacional prevista) × 100	Sistema de frota e manutenção	Mensal	Monitorar a manutenção da capacidade operacional do serviço.
10	**Ampliação das Ferramentas de Gestão e Inteligência Operacional**	(Ferramentas implantadas ÷ Ferramentas previstas) × 100	Relatórios gerenciais	Semestral	Avaliar a incorporação de tecnologias e instrumentos de apoio à gestão e à tomada de decisão.

Integração com os Sistemas de Informação

A integração com os sistemas de informação constitui elemento estratégico para a gestão operacional do SAMU 192, assegurando a confiabilidade dos registros, a rastreabilidade das informações, o monitoramento dos indicadores assistenciais e operacionais e o adequado suporte à tomada de decisão.

A gestão utilizará os sistemas oficiais disponibilizados pelo Município e pelo Ministério da Saúde, bem como as plataformas corporativas necessárias ao gerenciamento da Central de Regulação, despacho de viaturas, registro dos atendimentos, controle da produção assistencial, gestão de recursos, monitoramento da frota e prestação de contas do Contrato de Gestão.

Os registros serão realizados de forma padronizada, tempestiva e íntegra, observando critérios de completude, consistência, rastreabilidade e segurança da informação, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018) e com as normas institucionais vigentes.

A integração entre os sistemas permitirá o acompanhamento em tempo real dos recursos operacionais, dos tempos de resposta, da disponibilidade das equipes e viaturas, da produção assistencial, dos indicadores de desempenho e das informações gerenciais, favorecendo a gestão baseada em evidências e o monitoramento contínuo da execução contratual.

Além disso, serão implementadas rotinas periódicas de conferência, validação e auditoria dos dados registrados, visando assegurar a qualidade das informações encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, aos órgãos de controle e às instâncias de monitoramento do Contrato de Gestão, fortalecendo a transparência, a governança e a confiabilidade dos processos administrativos e assistenciais.

VII. Indicadores de Governança e Gestão

Os indicadores de governança e gestão destinam-se ao acompanhamento da maturidade dos processos institucionais, da efetividade dos mecanismos de controle interno, da gestão de riscos, da melhoria contínua

e do cumprimento das diretrizes estabelecidas para a execução do Contrato de Gestão.

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
DESDE 1939

INDICADORES DE GOVERNANÇA E GESTÃO

Os indicadores de governança e gestão destinam-se ao acompanhamento da maturidade dos processos institucionais, da efetividade dos mecanismos de controle interno, da gestão de riscos, da melhoria contínua e do cumprimento das diretrizes estabelecidas para a execução do Contrato de Gestão.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	**Índice de Execução dos Planos de Ação**	Avalia o cumprimento das ações corretivas e preventivas definidas pela gestão institucional, assegurando melhoria contínua dos processos.	(Planos concluídos ÷ Planos programados) × 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Plano de Ação	Sistema da Qualidade e gestão institucional
2	**Índice de Cumprimento da Educação Permanente**	Monitora a execução da programação anual de capacitação dos colaboradores, visando o desenvolvimento de competências e a qualidade dos serviços prestados.	(Capacitações realizadas ÷ Capacitações programadas) × 100	Mensal	Educação Permanente e Sistema de RH	Sistema de RH e Educação Permanente
3	**Índice de Conformidade das Auditorias Internas**	Avalia a efetividade dos controles internos e a aderência dos processos institucionais às normas e procedimentos estabelecidos.	(Itens conformes ÷ Itens auditados) × 100	Mensal	Auditorias internas e relatórios	Sistema da Qualidade e auditoria
4	**Índice de Implementação das Melhorias Institucionais**	Monitora a execução das oportunidades de melhoria identificadas nas avaliações, auditorias e indicadores institucionais.	(Melhorias implementadas ÷ Melhorias propostas) × 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Relatórios gerenciais	Sistema da Qualidade e gestão institucional
5	**Índice de Gestão de Riscos**	Avalia o tratamento dos riscos institucionais identificados, reduzindo a probabilidade de eventos que impactem os objetivos da organização.	(Riscos tratados ÷ Riscos identificados) × 100	Mensal	Matriz de Riscos / Relatórios de gestão	Sistema da Qualidade e gestão de riscos
6	**Índice de Cumprimento dos Relatórios Gerenciais**	Monitora a elaboração e entrega dos relatórios previstos para acompanhamento do Contrato de Gestão e tomada de decisão.	(Relatórios entregues no prazo ÷ Relatórios previstos) × 100	Mensal	Gestão institucional / Planejamento	Sistema informatizado institucional

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de governança e gestão serão monitorados mediante utilização dos sistemas institucionais de gestão da qualidade, auditoria, gestão de riscos, educação permanente, controle documental e demais ferramentas administrativas adotadas pela Contratada, permitindo avaliação contínua do desempenho institucional e apoio ao processo decisório.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de governança e gestão serão monitorados mediante utilização dos sistemas institucionais de gestão da qualidade, auditoria, gestão de riscos, educação permanente, controle documental e demais ferramentas administrativas adotadas pela Contratada, permitindo avaliação contínua do desempenho institucional e apoio ao processo decisório.

Os indicadores institucionais apresentados complementam o conjunto de indicadores e metas estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato de Gestão, os quais permanecerão como instrumentos obrigatórios de monitoramento da execução contratual. O presente Plano de Trabalho contempla, ainda, metodologia específica para monitoramento sistemático dos indicadores, análise crítica dos resultados, identificação e tratamento das inconformidades, definição de planos de ação, acompanhamento das medidas corretivas e monitoramento da efetividade das ações implementadas, assegurando a melhoria contínua dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais.

6.1.10.3 Metas e Indicadores Contratuais

METAS E INDICADORES DO SAMU 192 — FERRAZ DE VASCONCELOS

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO deverá seguir as constantes nas pactuações oficiais da Ministério da Saúde, Programação Anual de Saúde, Plano Municipal de Saúde, dentre outros, no que tange ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Será necessário, ainda, alcançar, no mínimo, 8096 do total de cada indicador abaixo descrito:

Indicadores e Metas — SAMU 192 — Ferraz de Vasconcelos

Considerando as diretrizes das políticas públicas de saúde, diretrizes da RUE (Rede de Urgência e Emergência) e o desempenho das metas quantitativas e qualitativas previstas no contrato de gestão, segue proposta de adequação do quadro de metas quantitativas e qualitativas visando melhor eficiência na prestação de serviços e garantia do acesso e a assistência à saúde com qualidade.

METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS,

Nº	Indicador	Parâmetro	Meta
1	700 atendimentos telefônicos regulados por mês	100%	80%
2	500 saídas de viaturas despachadas para atendimento por mês	100%	80%
3	Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe ao local da ocorrência para classificações Vermelhas, em até 15 minutos	100%	80%
4	Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe ao local da ocorrência para classificações Laranja, em até 30 minutos	100%	80%
5	Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe ao local da ocorrência para classificações Amarelas, em até 60 minutos	100%	80%
6	Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe ao local da ocorrência para classificações Verdes, em até 120 minutos	100%	80%
7	Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe ao local da ocorrência para classificações Azuis, em até 240 minutos	100%	80%
8	Adequação da regulação, até 5% de saídas de veículos de suporte avançado após avaliação realizada pela equipe de suporte básico	100%	80%
9	Promover ao menos 1 ação mensal de Educação Permanente voltada à qualificação da equipe do SAMU	100%	80%
10	Promover ao menos 1 ação mensal de Educação Permanente voltada à qualificação das equipes escolares (professores)	100%	80%

11	Promover ao menos 1 ação mensal de Educação Permanente voltada à qualificação dos alunos do ensino fundamental (Projeto Samuzinho)	100%	80%
12	Manter a padronização da estrutura física e da identidade visual do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme diretrizes do Ministério da Saúde	100%	80%
13	Elaborar relatórios mensais, quadrimestrais e anuais sobre os atendimentos de urgência	100%	80%
14	Apresentar relatório das atividades de Educação Permanente dos profissionais	100%	80%
15	Entrega mensal do relatório do CNES atualizado	100%	80%
16	Manter a unidade com profissional habilitado e Responsável Técnico registrado no Conselho Regional de Enfermagem	100%	80%
17	Manter a unidade com profissional habilitado e Responsável Técnico registrado no Conselho Regional de Farmácia	100%	80%
18	Manter a unidade com profissional habilitado e Responsável técnico registrado no Conselho Regional de Medicina	100%	80%

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde realizará supervisão e avaliação periódica do desenvolvimento da SAMU, através da Comissão de Avaliação da Contrato de Gestão, de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde.

A Comissão de Avaliação procederá à avaliação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo 9Ue deverá ser encaminhado para o gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

A avaliação restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Contrato de Gestão, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

Os indicadores deverão ser readequados e ou reformulados quadrimestralmente, ou a qualquer tempo, de acordo com as necessidades

identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A Comissão de Avaliação deverá elaborar relatório quadrimestralmente, em duas vias, e enviá-las ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde, para os devidos encaminhamentos.

Caso a média das metas esteja abaixo da meta estipulada no quadro de metas e não haja justificativa plausível, haverá incidência de desconto financeira proporcional sobre 10% do valor global do contrato de gestão.

TABELA DE DESCONTOS DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS		
Faixa	Percentual	Desconto
1	80 a 100%	0%
2	6O a 79%	10%
3	40 a 59%	25%
4	0 a 39%	100%

7 E2- DESCRIÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS

7.1 A. Apresentar dimensionamento de profissionais compatíveis com o quadro mínimo apresentado em Edital, para a execução do objeto, apresentando, regime de contratação, jornada, cargos e estimativa de despesas

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	**Coord. Geral**	**Coord. Médico RT**	**Coord. Enfermagem RT**	**Supervisor Frota**	**Médico Regulador**
1. Salário Base	6.180,50	0,00	7.176,92	3.659,00	0,00
2. Adicional de Insalubridade	324,20	0,00	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	520,38	0,00	600,09	318,66	0,00
5. Benefícios	547,12	0,00	547,12	569,58	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	947,08	0,00	1.362,21	579,95	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	359,72	0,00	414,81	220,28	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	10.500,00	0,00	0,00	112.800,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**8.879,00**	**10.500,00**	**10.425,35**	**5.671,67**	**112.800,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**8.879,00**	**10.500,00**	**10.425,35**	**5.671,67**	**112.800,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**106.548,00**	**126.000,00**	**125.104,20**	**68.060,04**	**1.353.600,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/40h SEMANAIS	PJ — mensal	CLT/40h SEMANAIS	CLT/40h SEMANAIS	PJ — 47 plantões/mês

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Médico Interventor	Enf. Núcleo Educação	Enfermeiro	Enf. Motolância	Aux. Enfermagem
1. Salário Base	0,00	4.319,00	3.886,36	3.886,36	0,00
2. Adicional de Insalubridade	0,00	324,20	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	561,36	561,36	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	0,00	371,46	381,75	381,75	0,00
5. Benefícios	0,00	547,12	555,94	555,94	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	0,00	676,05	694,79	694,79	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	0,00	256,77	263,89	263,89	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	112.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**112.800,00**	**6.494,60**	**6.668,29**	**6.668,29**	**0,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**1,00**	**3,00**	**9,00**	**0,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**112.800,00**	**6.494,60**	**20.004,87**	**60.014,61**	**0,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**1.353.600,00**	**77.935,20**	**240.058,44**	**720.175,32**	**0,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	PJ — 47 plantões/mês	CLT/40h SEMANAIS	CLT/12X36	CLT/12X36	CEDIDO — sem custo OSS

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Téc. Enfermagem	Condutor Urgência	TARM	Rádio Operador	Aux. Administrativo
1. Salário Base	2.720,45	2.100,00	1.900,00	1.900,00	0,00
2. Adicional de Insalubridade	324,20	324,20	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	392,95	303,33	274,44	274,44	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	275,01	218,20	199,89	199,89	0,00
5. Benefícios	625,89	663,12	675,12	675,12	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	500,52	397,12	363,81	363,81	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	190,10	150,84	138,18	138,18	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**5.029,12**	**4.156,81**	**3.875,64**	**3.875,64**	**0,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**6,00**	**17,00**	**8,00**	**6,00**	**0,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**30.174,72**	**70.665,77**	**31.005,12**	**23.253,84**	**0,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**362.096,64**	**847.989,24**	**372.061,44**	**279.046,08**	**0,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/12X36	CLT/12X36	CLT/12X36	CLT/12X36	CEDIDO — sem custo OSS

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	**Assist. Administrativo**	**Aux. Serviços Gerais (12x36)**	**Aux. Serviços Gerais(40h)**	**Farmacêutico RT**	**Jovem Aprendiz**
1. Salário Base	3.154,03	0,00	0,00	3.615,98	1.874,36
2. Adicional de Insalubridade	324,20	0,00	0,00	324,20	324,20
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	278,26	0,00	0,00	315,21	43,97
5. Benefícios	599,88	0,00	0,00	572,16	676,66
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	506,43	0,00	0,00	573,70	309,85
7. Provisão para Rescisão Contratual	192,35	0,00	0,00	217,89	75,41
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	0,00	7.100,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**5.055,15**	**0,00**	**7.100,00**	**5.619,14**	**3.304,45**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**0,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**5.055,15**	**0,00**	**7.100,00**	**5.619,14**	**3.304,45**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**60.661,80**	**0,00**	**85.200,00**	**67.429,68**	**39.653,40**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/40h SEMANAIS	CEDIDO — sem custo OSS	TERCEIRIZADO — 40h	CLT/40h SEMANAIS	APRENDIZ/30h

** O Tribunal Superior do Trabalho (TST) pacificou o entendimento de que os empregados que se enquadram nessa modalidade de risco não podem acumular o adicional de periculosidade com o adicional de insalubridade, devendo optar pelo que for mais vantajoso, conforme previsto no § 2º do artigo Art. 193, § 2 Consolidação das Leis do Trabalho e consolidado pela jurisprudência do TST.*

** Os valores das remunerações salariais estão prevendo dissídios das categorias profissionais de acordo com as respectivas datas bases.*

** A contratação de Jovem Aprendiz com jornada de 40 horas semanais (8 horas diárias) é permitida pela legislação, desde que o aprendiz tenha concluído o ensino fundamental e que as horas destinadas às atividades teóricas estejam incluídas na jornada de trabalho, conforme previsto nos arts. 428 a 433 da CLT e no Decreto nº 9.579/2018.*

** O fornecimento de lanche noturno será realizado de forma como vale alimentação.*

** Para fins de precificação, estimou-se a cobertura de até 13 plantões mensais pelos profissionais médicos cedidos, sendo previsto pela OSS o custeio de 47 plantões mensais por modalidade, assegurada a cobertura total mínima de 60 plantões.*

Observação

A legislação admite a contratação de aprendizes com carga horária de até **40 horas semanais** (8 horas por dia), desde que o jovem tenha concluído o ensino fundamental e que a formação técnico-profissional teórica esteja compreendida dentro da jornada de trabalho, em conformidade com os arts. 428 a 433 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com o Decreto nº 9.579/2018.

A distribuição da jornada deve assegurar o equilíbrio entre as atividades práticas e o conteúdo formativo, mantendo a finalidade pedagógica do contrato de aprendizagem, bem como o cumprimento das garantias trabalhistas e das normas legais de proteção aplicáveis ao aprendiz.

7.2 B. Modelo de Escala de trabalho

Os quadros de dimensionamento apresentados a seguir constituem modelos exemplificativos das escalas assistenciais, administrativas e de apoio, contemplando as respectivas categorias profissionais, cargas horárias, jornadas de trabalho e distribuição dos profissionais por turno, em conformidade com os parâmetros quantitativos e qualitativos estabelecidos no Termo de Referência.

As escalas possuem caráter ilustrativo e demonstram a metodologia de organização da força de trabalho que será adotada durante a execução contratual, assegurando a cobertura integral dos serviços durante todo o período

de funcionamento das unidades, observadas as especificidades assistenciais e operacionais de cada serviço.

A elaboração das escalas observará rigorosamente a legislação trabalhista vigente, os acordos e convenções coletivas aplicáveis, as normas dos respectivos Conselhos Profissionais, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, bem como os princípios de segurança do paciente, qualidade assistencial, continuidade do cuidado e eficiência operacional.

Serão adotados mecanismos permanentes de gestão das escalas destinados a garantir a manutenção dos quantitativos mínimos de profissionais exigidos contratualmente, incluindo planejamento prévio das jornadas, substituições programadas, cobertura de ausências, férias, licenças, afastamentos legais, capacitações, folgas regulamentares e demais intercorrências relacionadas à gestão de pessoas, de forma a evitar descontinuidade da assistência e assegurar o funcionamento ininterrupto dos serviços.

Sempre que necessário, serão disponibilizados profissionais substitutos ou realizada a recomposição imediata das equipes, preservando o dimensionamento mínimo previsto no Contrato de Gestão, sem prejuízo da qualidade da assistência prestada à população.

Os modelos apresentados representam exemplos da estrutura operacional que será adotada para as equipes assistenciais, administrativas e de apoio, podendo sofrer adequações durante a execução contratual em função das necessidades assistenciais identificadas, do perfil epidemiológico da população, da demanda dos serviços, da sazonalidade dos atendimentos, da implantação de novos processos de trabalho e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, desde que sejam preservados:

- ✓ o quantitativo mínimo de profissionais previsto no Termo de Referência;
- ✓ a cobertura integral dos serviços durante todo o horário de funcionamento das unidades;

- ✓ o cumprimento da legislação trabalhista e das normas dos Conselhos Profissionais;
- ✓ a continuidade da assistência sem interrupções;
- ✓ os indicadores de qualidade, segurança do paciente e desempenho operacional;
- ✓ todas as obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão.

Serão apresentados, a seguir, modelos exemplificativos das escalas assistenciais, administrativas e de apoio do SAMU 192, elaborados de forma compatível com as necessidades operacionais servindo como referência para a organização das equipes durante a execução contratual.

Modelos exemplificativos das escalas assistenciais

(40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Farmacêutico - 08:00 - 16:00	Nome	Nome	Nome	Nome	Nome		

Escala (12x36)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Enfermeiro	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)
	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)
Obs: Finais de semana e feriados serão distribuídos de forma alternada entre as equipes. As folgas obedecerão ao regime 12x36, garantindo 36 horas de descanso e cumprimento da legislação vigente.							

Escala (12x36)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Enfermeiro Motolância	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)
	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)
Obs: Finais de semana e feriados serão distribuídos de forma alternada entre as equipes. As folgas obedecerão ao regime 12x36, garantindo 36 horas de descanso e cumprimento da legislação vigente.							

Modelos exemplificativos das escalas administrativas

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Assistente Administrativo - Segunda - Sexta	08:00 - 17:00	08:00 - 17:00	08:00 - 17:00	08:00 - 17:00	08:00 - 17:00		

Modelos exemplificativos das escalas de apoio

Escala (12x36)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Condutor de Veículo de Urgência	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)
	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)
Obs: Finais de semana e feriados serão distribuídos de forma alternada entre as equipes. As folgas obedecerão ao regime 12x36, garantindo 36 horas de descanso e cumprimento da legislação vigente.							

Escala (12x36)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Rádio Operador	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)
	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)
Obs: Finais de semana e feriados serão distribuídos de forma alternada entre as equipes. As folgas obedecerão ao regime 12x36, garantindo 36 horas de descanso e cumprimento da legislação vigente.							

Escala (12x36)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
AuxiliarServiços Gerais	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)	07:00 - 19:00 (Diurno B)	07:00 - 19:00 (Diurno A)
	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)	19:00 - 07:00 (Noturno B)	19:00 - 07:00 (Diurno A)
Obs: Finais de semana e feriados serão distribuídos de forma alternada entre as equipes. As folgas obedecerão ao regime 12x36, garantindo 36 horas de descanso e cumprimento da legislação vigente.							

7.3 C. Política de Recursos Humanos

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS
PARTE I – FUNDAMENTOS INSTITUCIONAIS

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS E RECURSOS HUMANOS

Aprovação: Diretoria Executiva

Aplicação: Todas as Unidades Administradas pela Organização Social

Revisão: Bienal ou sempre que houver alteração legal ou estratégica.

APRESENTAÇÃO

A gestão de pessoas constitui um dos pilares fundamentais para a excelência na prestação dos serviços de saúde, sendo responsável pela formação, desenvolvimento, valorização e retenção dos profissionais que atuam diretamente na assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

A presente Política Institucional de Recursos Humanos estabelece as diretrizes estratégicas para a administração das relações de trabalho no âmbito da Organização Social, alinhando as práticas de gestão de pessoas aos princípios constitucionais da Administração Pública, às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às normas trabalhistas vigentes, às boas práticas de governança corporativa e aos modelos contemporâneos de gestão hospitalar.

Mais do que regulamentar procedimentos administrativos, esta Política busca consolidar uma cultura organizacional pautada na ética, na transparência, na valorização do capital humano, na humanização das relações de trabalho e na melhoria contínua da qualidade assistencial.

A Organização reconhece que pessoas qualificadas, motivadas e comprometidas constituem seu principal patrimônio institucional, razão pela qual investe continuamente na formação profissional, no desenvolvimento de competências, na promoção da saúde ocupacional, na segurança do trabalho, no fortalecimento da liderança e na construção de ambientes organizacionais saudáveis, inclusivos e colaborativos.

Esta Política aplica-se a todos os empregados, dirigentes, gestores, estagiários, aprendizes, residentes, prestadores de serviços e demais profissionais que atuem em nome da instituição, independentemente da modalidade de contratação.

FINALIDADE

A presente Política tem por finalidade estabelecer princípios, normas e diretrizes para a gestão estratégica de pessoas, garantindo que todos os processos relacionados aos Recursos Humanos sejam conduzidos de forma padronizada, transparente, eficiente e em conformidade com a legislação vigente.

Busca-se assegurar que as práticas institucionais promovam o desenvolvimento profissional, o fortalecimento da cultura organizacional, a melhoria contínua dos serviços prestados, a valorização do trabalhador e a excelência da assistência oferecida à população.

Constituem finalidades específicas desta Política:

- fortalecer a governança institucional da gestão de pessoas;

- assegurar conformidade trabalhista e previdenciária;
- promover a valorização profissional;
- desenvolver competências organizacionais;
- estimular ambientes de trabalho seguros e saudáveis;
- fomentar a inovação e a melhoria contínua;
- garantir transparência nos processos de gestão de pessoas;
- contribuir para a sustentabilidade institucional.

OBJETIVOS

A Política Institucional de Recursos Humanos possui como objetivos estratégicos:

I – Atrair profissionais qualificados por meio de processos seletivos transparentes e baseados em competências.

II – Promover ambiente organizacional ético, seguro, humanizado e colaborativo.

III – Desenvolver continuamente competências técnicas, gerenciais e comportamentais.

IV – Fortalecer a cultura organizacional.

V – Estimular o comprometimento com a qualidade assistencial.

VI – Valorizar o desempenho individual e coletivo.

VII – Promover igualdade de oportunidades.

VIII – Incentivar inovação.

IX – Reduzir turnover e absenteísmo.

X – Garantir elevado padrão de conformidade legal.

XI – Desenvolver lideranças.

XII – Apoiar a sustentabilidade institucional.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A presente Política Institucional de Recursos Humanos está fundamentada no ordenamento jurídico brasileiro, nas normas que disciplinam as relações de trabalho, na legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde (SUS), às Organizações Sociais, à proteção dos dados pessoais, à saúde e

segurança do trabalhador, bem como nas diretrizes de governança, transparência e controle da Administração Pública.

Sua elaboração observa, especialmente, os seguintes diplomas legais e normativos:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A Constituição Federal constitui o principal fundamento jurídico desta Política, especialmente no que se refere aos princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho, da igualdade, da legalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência e da proteção aos direitos fundamentais dos trabalhadores, bem como aos princípios que regem a Administração Pública e a organização do Sistema Único de Saúde.

Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Institui a Lei Orgânica da Saúde, regulamentando as ações e os serviços públicos de saúde, definindo a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece princípios como universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação social, os quais orientam diretamente a atuação da Organização Social e de seus colaboradores.

Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, reforçando os princípios da transparência, do controle social e da participação popular na gestão das políticas públicas de saúde.

Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998

Regulamenta a qualificação de entidades como Organizações Sociais e disciplina a celebração de Contratos de Gestão com o Poder Público, estabelecendo princípios de eficiência, economicidade, transparência, prestação de contas, avaliação de desempenho e responsabilização institucional.

Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

As relações de trabalho serão integralmente disciplinadas pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452/1943), observando-se as alterações promovidas pela legislação superveniente, assegurando direitos e deveres de empregados e empregadores, além da correta aplicação das normas

relativas à contratação, jornada de trabalho, remuneração, benefícios, férias, segurança e medicina do trabalho, licenças, rescisões contratuais e demais institutos trabalhistas.

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018

A gestão de pessoas observará integralmente os princípios, direitos e obrigações previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), garantindo o tratamento lícito, transparente, seguro e adequado dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos colaboradores, candidatos, estagiários, prestadores de serviços e demais titulares de dados tratados pela instituição.

Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego

Todos os processos relacionados à saúde e segurança ocupacional observarão as Normas Regulamentadoras (NRs), especialmente aquelas aplicáveis aos estabelecimentos assistenciais de saúde, visando à prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e promoção de ambientes laborais seguros.

Norma Regulamentadora nº 32 – NR-32

A instituição observará rigorosamente as disposições da NR-32, que estabelece diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, abrangendo riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, acidentes com materiais perfurocortantes, imunização, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), capacitação permanente e medidas de biossegurança.

Código Civil Brasileiro

Aplicam-se subsidiariamente as disposições do Código Civil (Lei nº 10.406/2002) sempre que pertinentes às relações jurídicas mantidas pela instituição, especialmente no tocante aos princípios da boa-fé objetiva, responsabilidade civil, dever de cooperação, reparação de danos e demais normas aplicáveis às relações privadas.

Códigos de Ética Profissional

Todos os profissionais deverão observar, além desta Política e do Código de Ética institucional, os respectivos Códigos de Ética editados pelos Conselhos

Profissionais de suas categorias, respeitando os princípios técnicos, científicos e éticos inerentes ao exercício profissional.

Convenções e Acordos Coletivos de Trabalho

Serão integralmente observadas as Convenções Coletivas de Trabalho, Acordos Coletivos e demais instrumentos normativos firmados entre as entidades sindicais representativas das categorias profissionais e patronais, garantindo-se a aplicação das condições de trabalho, remuneração, benefícios e direitos coletivos previstos em tais instrumentos.

Portarias, Resoluções e Normas do Ministério da Saúde

Os processos de gestão de pessoas serão desenvolvidos em conformidade com as normas expedidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais órgãos competentes, especialmente aquelas relacionadas à organização da assistência, segurança do paciente, qualificação profissional e gestão dos serviços de saúde.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

A atuação dos colaboradores observará as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, promovendo uma cultura organizacional voltada à prevenção de incidentes, gestão de riscos assistenciais, melhoria contínua da qualidade e fortalecimento das práticas seguras nos serviços de saúde.

Política Nacional de Humanização (PNH)

A gestão de pessoas será orientada pelos princípios da Política Nacional de Humanização, promovendo o acolhimento, o respeito à diversidade, a valorização dos trabalhadores, a participação coletiva, a corresponsabilização, a gestão participativa e o fortalecimento das relações interpessoais como elementos essenciais para a qualidade da assistência prestada.

Normas dos Órgãos de Controle Externo

Nos contratos de gestão celebrados com o Poder Público, a instituição observará as normas expedidas pelos Tribunais de Contas, Ministérios Públicos,

Controladorias, Secretarias de Saúde e demais órgãos de fiscalização e controle, assegurando elevados padrões de governança, transparência, prestação de contas, integridade institucional e conformidade administrativa.

Atualização Normativa

Esta Política deverá permanecer permanentemente atualizada em relação à legislação vigente. Sempre que houver alterações legais, regulamentares ou normativas que impactem as relações de trabalho, a gestão de pessoas ou a execução dos contratos de gestão, serão promovidas as adequações necessárias, garantindo a plena conformidade jurídica e institucional da Organização Social.

MISSÃO DA GESTÃO DE PESSOAS

Desenvolver pessoas e fortalecer equipes capazes de oferecer assistência em saúde segura, resolutiva, humanizada e de excelência, promovendo ambientes organizacionais sustentáveis, éticos e inovadores.

VISÃO

Ser referência nacional em Gestão de Pessoas aplicada às Organizações Sociais de Saúde, reconhecida pela excelência, inovação, valorização profissional e compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde.

VALORES INSTITUCIONAIS

A Gestão de Recursos Humanos da Organização Social fundamenta sua atuação em valores institucionais que orientam a tomada de decisões, o comportamento organizacional, o relacionamento interpessoal e a prestação dos serviços de saúde. Esses valores representam os princípios permanentes que sustentam a cultura organizacional e refletem o compromisso da instituição com a excelência assistencial, a valorização das pessoas, a ética e a responsabilidade social.

Todos os colaboradores, independentemente do cargo, função ou vínculo contratual, deverão observar e incorporar os seguintes valores institucionais em suas atividades profissionais:

Ética

Atuar com integridade, honestidade, imparcialidade, responsabilidade e respeito aos princípios legais e morais, assegurando que todas as decisões sejam pautadas pela boa-fé, pelo interesse público e pelos princípios que regem a Administração Pública e os serviços de saúde.

Transparência

Promover relações institucionais pautadas na clareza, publicidade, prestação de contas e acesso às informações, assegurando que os processos de gestão sejam conduzidos com responsabilidade, rastreabilidade e conformidade com os princípios da governança corporativa.

Humanização

Valorizar as relações humanas, promovendo acolhimento, empatia, respeito, escuta qualificada, solidariedade e cuidado integral, tanto nas relações entre colaboradores quanto no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Respeito às Pessoas

Reconhecer a dignidade, a diversidade e a individualidade de cada pessoa, promovendo ambiente de trabalho inclusivo, livre de qualquer forma de discriminação, preconceito, violência, assédio ou tratamento degradante, assegurando igualdade de oportunidades e valorização das diferenças.

Segurança do Paciente

Desenvolver uma cultura organizacional voltada à prevenção de riscos, redução de incidentes e promoção da assistência segura, estimulando o cumprimento rigoroso dos protocolos assistenciais, das normas de biossegurança e das boas práticas em saúde.

Sustentabilidade

Administrar os recursos humanos, financeiros, materiais e ambientais de forma responsável, equilibrada e eficiente, contribuindo para a sustentabilidade institucional, econômica, social e ambiental da Organização Social e dos serviços públicos de saúde.

Inovação

Estimular a criatividade, a aprendizagem contínua, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a adoção de soluções inovadoras capazes de aperfeiçoar os processos de trabalho, aumentar a eficiência operacional e elevar a qualidade dos serviços prestados.

Comprometimento

Atuar com responsabilidade, dedicação, proatividade e senso de pertencimento, buscando permanentemente o alcance dos objetivos institucionais, a satisfação dos usuários e a melhoria contínua dos resultados organizacionais.

Eficiência

Executar as atividades com planejamento, racionalidade, produtividade e utilização responsável dos recursos disponíveis, assegurando qualidade, economicidade, efetividade e cumprimento das metas estabelecidas nos Contratos de Gestão.

Trabalho em Equipe

Fortalecer a atuação multiprofissional, a cooperação, o respeito mútuo, a comunicação efetiva e o compartilhamento de conhecimentos, reconhecendo que a integração entre diferentes áreas constitui elemento essencial para a excelência da assistência à saúde.

Responsabilidade Social

Contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, promovendo ações que gerem impacto positivo para a sociedade, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, a cidadania, a inclusão social, os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável.

Excelência

Buscar permanentemente elevados padrões de desempenho institucional por meio da melhoria contínua dos processos, do desenvolvimento das pessoas, da inovação, da gestão baseada em evidências e da adoção das melhores práticas nacionais e internacionais em gestão e assistência à saúde.

Compromisso Institucional

Os valores institucionais estabelecidos nesta Política deverão orientar todas as práticas de gestão de pessoas, constituindo referência obrigatória para

os processos de recrutamento e seleção, integração, capacitação, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional, reconhecimento, liderança, tomada de decisões e relacionamento entre colaboradores, gestores, usuários, parceiros e demais partes interessadas.

A observância desses valores representa compromisso permanente da Organização Social com a construção de uma cultura organizacional ética, humanizada, inovadora e orientada para resultados, contribuindo para a excelência dos serviços prestados à população e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PRINCÍPIOS DA GESTÃO DE PESSOAS

A Gestão de Pessoas da Organização Social constitui instrumento estratégico para o alcance da missão institucional e para a prestação de serviços públicos de saúde com qualidade, eficiência e responsabilidade social.

Todas as políticas, normas, procedimentos e decisões relacionadas à gestão dos colaboradores deverão observar os princípios estabelecidos nesta Política, os quais orientam a cultura organizacional, fortalecem a governança institucional e asseguram a conformidade com a legislação vigente, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as melhores práticas de gestão.

Nesse contexto, a atuação da Gestão de Recursos Humanos será norteada pelos seguintes princípios:

Dignidade da Pessoa Humana

A Organização reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento essencial das relações de trabalho, assegurando tratamento respeitoso, ético e igualitário a todos os colaboradores, promovendo ambiente laboral seguro, saudável, inclusivo e livre de qualquer forma de discriminação, violência, assédio ou violação de direitos.

Valorização do Trabalhador

A instituição reconhece seus colaboradores como o principal patrimônio organizacional, promovendo políticas voltadas ao desenvolvimento profissional, reconhecimento do desempenho, qualidade de vida, segurança ocupacional, capacitação permanente e bem-estar físico, emocional e social.

Legalidade

Todos os processos de gestão de pessoas serão conduzidos em estrita observância à Constituição Federal, à legislação trabalhista, previdenciária, tributária, sanitária e administrativa, bem como às normas aplicáveis às Organizações Sociais e aos Contratos de Gestão celebrados com o Poder Público.

Impessoalidade

As decisões relacionadas ao recrutamento, seleção, promoção, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional e desligamento serão fundamentadas exclusivamente em critérios técnicos, objetivos e previamente estabelecidos, vedada qualquer forma de favorecimento pessoal, discriminação ou privilégio indevido.

Moralidade

Os atos praticados pelos gestores e colaboradores deverão observar elevados padrões de ética, honestidade, integridade, lealdade institucional, boa-fé e responsabilidade, preservando a credibilidade da Organização e a confiança da sociedade.

Publicidade e Transparência

Os processos institucionais deverão ser conduzidos com transparência, assegurando ampla divulgação das normas internas, critérios de seleção, oportunidades de desenvolvimento, políticas corporativas e demais informações relevantes, respeitados os limites legais relativos ao sigilo e à proteção de dados pessoais.

Eficiência

A Gestão de Pessoas buscará continuamente a otimização dos processos, a racionalização dos recursos disponíveis e o aumento da produtividade institucional, assegurando resultados compatíveis com os objetivos estratégicos da Organização Social e dos Contratos de Gestão.

Equidade

A instituição promoverá tratamento justo, imparcial e proporcional aos seus colaboradores, respeitando as diferenças individuais, assegurando igualdade de oportunidades e eliminando barreiras que possam comprometer o desenvolvimento profissional ou a inclusão no ambiente de trabalho.

Diversidade, Equidade e Inclusão

A Organização valoriza a diversidade como fator de fortalecimento institucional, comprometendo-se com a promoção de ambiente inclusivo, respeitoso e acessível, livre de preconceitos relacionados à origem, raça, cor, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, religião, idade, deficiência, condição social ou qualquer outra forma de discriminação vedada pela legislação.

Gestão Participativa

A gestão será pautada pelo diálogo permanente entre dirigentes, gestores e colaboradores, estimulando a participação ativa das equipes na construção de soluções, na melhoria dos processos, na inovação e no fortalecimento da cultura organizacional.

Educação Permanente

A Organização promoverá a aprendizagem contínua como instrumento estratégico para o desenvolvimento das competências profissionais, a atualização técnico-científica, o fortalecimento da qualidade assistencial e a melhoria permanente dos serviços prestados à população.

Meritocracia

O desenvolvimento profissional, as oportunidades de crescimento e o reconhecimento institucional observarão critérios objetivos relacionados ao desempenho, às competências, aos resultados alcançados, ao comprometimento e à aderência aos valores organizacionais, assegurando processos transparentes e equitativos.

Responsabilidade Socioambiental

A instituição compromete-se com práticas socialmente responsáveis e ambientalmente sustentáveis, incentivando o uso racional dos recursos naturais, a gestão adequada de resíduos, a educação ambiental, o respeito às comunidades e a promoção do desenvolvimento sustentável.

Cultura de Segurança

A segurança do paciente, dos colaboradores e dos processos constitui valor permanente da Organização, sendo responsabilidade compartilhada por todos os profissionais, mediante observância rigorosa dos protocolos

assistenciais, normas de biossegurança, gestão de riscos e práticas voltadas à prevenção de incidentes.

Melhoria Contínua

A Gestão de Pessoas adotará metodologia permanente de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento dos processos organizacionais, utilizando indicadores de desempenho, auditorias, análise crítica e ações corretivas e preventivas para elevar continuamente os padrões institucionais de qualidade.

Inovação

A Organização incentivará o desenvolvimento de soluções inovadoras, a utilização de tecnologias, a transformação digital, a simplificação dos processos e a disseminação de boas práticas capazes de ampliar a eficiência administrativa e assistencial.

Gestão Baseada em Evidências

As decisões estratégicas relacionadas à gestão de pessoas serão fundamentadas em indicadores institucionais, evidências científicas, dados estatísticos, auditorias, avaliações de desempenho e análises técnicas, promovendo maior efetividade, transparência e segurança na tomada de decisão.

Sustentabilidade Financeira

A administração dos recursos humanos observará os princípios da economicidade, responsabilidade fiscal e sustentabilidade financeira, buscando equilíbrio entre valorização profissional, qualidade dos serviços prestados e adequada utilização dos recursos públicos destinados aos Contratos de Gestão.

Foco no Cidadão

Toda atuação institucional deverá estar orientada para a satisfação das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, compreendendo que a excelência na gestão de pessoas reflete diretamente na qualidade da assistência prestada à população.

Humanização da Assistência

A Gestão de Pessoas promoverá relações de trabalho pautadas na empatia, acolhimento, respeito, escuta qualificada e corresponsabilização, fortalecendo a Política Nacional de Humanização e contribuindo para a

construção de ambientes assistenciais mais seguros, acolhedores e centrados nas necessidades dos usuários, familiares e colaboradores.

Compromisso Institucional

Os princípios estabelecidos nesta Política constituem diretrizes permanentes da Organização Social e deverão orientar todas as decisões, programas, projetos e práticas relacionadas à gestão de pessoas. Cabe a todos os dirigentes, gestores, colaboradores e demais profissionais vinculados à instituição promover sua efetiva aplicação, contribuindo para o fortalecimento da cultura organizacional, da governança institucional e da excelência na prestação dos serviços públicos de saúde

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE RH

O Planejamento Estratégico da Gestão de Pessoas consiste no conjunto de diretrizes, metodologias e instrumentos destinados a assegurar que a força de trabalho da Organização Social esteja dimensionada, qualificada e alinhada às necessidades assistenciais, administrativas e estratégicas dos Contratos de Gestão.

A Gestão de Recursos Humanos atuará de forma integrada ao planejamento institucional, antecipando necessidades de pessoal, identificando competências críticas, promovendo o desenvolvimento profissional e assegurando a disponibilidade de equipes capazes de atender aos padrões de qualidade, eficiência, segurança do paciente e sustentabilidade operacional.

A gestão da força de trabalho observará os princípios da economicidade, eficiência, continuidade dos serviços públicos, valorização profissional e melhoria contínua.

O Planejamento Estratégico da Gestão de Pessoas será monitorado por indicadores institucionais, submetido à avaliação periódica da Diretoria Executiva e integrado ao planejamento estratégico da Organização Social. As decisões relativas à força de trabalho deverão considerar evidências técnicas, indicadores assistenciais, sustentabilidade econômico-financeira, conformidade

legal e os princípios da eficiência, continuidade dos serviços públicos e excelência na assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Planejamento da Força de Trabalho

O planejamento da força de trabalho constitui um dos pilares estratégicos da gestão de Recursos Humanos, sendo desenvolvido com o objetivo de assegurar a disponibilidade permanente de profissionais qualificados e em quantitativo suficiente para garantir a continuidade, a eficiência, a qualidade e a segurança dos serviços prestados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

O dimensionamento do quadro funcional será realizado com base em critérios técnicos, epidemiológicos, assistenciais e operacionais, observando rigorosamente as exigências estabelecidas no Edital, Termo de Referência e Contrato de Gestão, bem como as diretrizes do Ministério da Saúde e demais normativas aplicáveis. Para sua elaboração serão considerados, dentre outros aspectos:

- A produção assistencial contratada e as metas quantitativas e qualitativas pactuadas;
- O perfil epidemiológico e demográfico da população atendida;
- A capacidade instalada e a organização dos serviços;
- A carga horária legal e contratual de cada categoria profissional;
- Os parâmetros oficiais de dimensionamento estabelecidos pelo ministério da saúde;
- As necessidades específicas de cada unidade de saúde e do território;
- A sazonalidade da demanda assistencial e os indicadores de utilização dos serviços;
- A necessidade de funcionamento ininterrupto das atividades assistenciais, administrativas e operacionais.

O planejamento de pessoal contemplará não apenas o quantitativo mínimo exigido para a execução contratual, mas também a previsão técnica de cobertura para todas as ausências previsíveis e imprevisíveis, assegurando a continuidade dos serviços sem prejuízo da assistência prestada à população.

Para tanto, a Organização Social manterá mecanismos permanentes de contingenciamento e reposição de pessoal, contemplando, no mínimo:

- Provisão orçamentária para férias regulamentares;
- Cobertura das folgas legais e descanso semanal remunerado;
- Substituição durante licenças maternidade, paternidade e demais afastamentos legais;
- Reposição decorrente de licenças médicas e acidentes de trabalho;
- Cobertura de ausências ocasionais por atestados médicos;
- Manutenção de banco de profissionais previamente qualificados para reposições imediatas;
- Cadastro reserva para funções estratégicas e críticas;
- Dimensionamento de profissionais volantes e equipes de apoio para cobertura operacional;
- Mecanismos de remanejamento interno, quando tecnicamente cabíveis, sem prejuízo da qualidade assistencial.

O planejamento será revisado periodicamente por meio da análise dos indicadores de produção, absenteísmo, turnover, demanda assistencial, tempo de espera, produtividade e desempenho das equipes, permitindo ajustes sempre que identificadas alterações no perfil epidemiológico, expansão dos serviços, modificações contratuais ou necessidades operacionais supervenientes.

Sempre que necessário, serão adotadas medidas de redimensionamento das equipes, observando os princípios da economicidade, eficiência e continuidade do serviço público, sem comprometer a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a gestão da força de trabalho assegurará a manutenção permanente do quantitativo mínimo de profissionais exigido no Contrato de Gestão, garantindo cobertura integral das escalas, continuidade dos serviços, cumprimento das metas assistenciais e operacionais, bem como elevados padrões de qualidade, segurança do paciente e eficiência administrativa durante toda a vigência contratual.

O conceito de competência

O termo competência é utilizado desde a idade média. Inicialmente, essa concepção estava restrita à linguagem usada no setor jurídico. Assim, esse conceito era atrelado a ações da corte e aos indivíduos considerados "competentes" para a realização a um julgamento.

Posteriormente, o termo passou a ser usado também para qualificar pessoas capazes de executar trabalhos com alto grau de excelência. Percebe-se, então, que o termo competência, amplamente utilizado pelas organizações contemporâneas, não é nada recente.

A noção de competência na atualidade

Na atualidade, a noção de competência adquire significados cada vez mais amplos, já que ela não se restringe apenas às fronteiras do ambiente de trabalho. Em diversas áreas, esse termo é utilizado para determinar ou avaliar atributos e habilidades pessoais.

Nesse contexto, diversos são os elementos que compõem a natureza da competência. Há, pois, uma tendência convergente e que compreende as dimensões psicológica, profissional e individual, principalmente.

Isso demonstra que o conceito de competência não está limitado à execução de tarefas de um de cargo ou função, mas torna-se mais abrangente ao inferir caracteres próprios de quem possui tal virtude.

Esferas de excelência no setor de Recursos Humanos

Para que a empresa moderna tenha uma gestão de RH apta para enfrentar os desafios da atualidade, é necessário observar, no mínimo, cinco esferas de excelência.

Excelência na liderança

Ter uma boa liderança é um dos aspectos fundamentais ao sucesso de qualquer organização. Se o profissional de RH não tiver características condizentes com a função, as atividades desse setor certamente

serão comprometidas. Como vimos, competência e credibilidade são essenciais ao sucesso da gestão de RH.

Excelência nas transações

Um bom líder precisa pensar em estratégias que assegurem resultados mais promissores. A gestão deve aprender a delegar funções e, com isso, dedicar-se a tarefas mais importantes e que estejam em acordo com a missão da empresa.

Pensar estrategicamente e otimizar o tempo pode ser um importante diferencial para obter êxito nas transações. Além disso, ainda pode dinamizar os processos que exigem decisões mais assertivas.

Excelência nas soluções

Especialistas afirmam que a tendência de mercado é que as decisões sejam tomadas por um grupo constituído por profissionais generalistas. Nesse sentido, os gestores precisam ser mais atuantes em RH e conhecedores das estratégias que sinalizem soluções mais eficazes.

Excelência em talentos

O setor de RH que mantém uma visão diferenciada é aquele que lapida — e sabe explorar — o capital intelectual disponível. Para tanto, é preciso enxergar os talentos que se destacam, sobretudo aqueles que garantem e que continuarão garantindo o diferencial da empresa.

Igualmente importante é oferecer-lhes oportunidades de desenvolver suas ideias, e inclusive garantir-lhes um suporte adequado a fim de mantê-los constantemente motivados.

Excelência nos resultados

Como vimos, a ação do RH tem um grande impacto nos negócios da empresa. Esse setor pode ser comparado à mola propulsora que recruta, capacita, seleciona e integra as equipes conforme as necessidades da instituição.

Contextualmente, à essa área cabe a responsabilidade de assumir um papel determinante para o alcance das metas organizacionais. Assim como os outros setores, o departamento de Recursos Humanos também vende idéias, investe em novas estratégias e fomenta soluções.

Logo, pela história do RH percebe-se que, aos poucos, esse órgão foi sendo constituído conforme um conjunto de valores, princípios, técnicas e estratégias que objetivam o desenvolvimento organizacional. Favorece, ainda, o alcance das metas mais desafiadoras em prol da otimização de resultados.

Nesse contexto, o RH torna-se cada vez mais estratégico na administração do capital humano. Dessa forma, é responsabilidade do profissional de recursos humanos equiparar as políticas de gestão de pessoas às metas e valores da empresa de modo a garantir também o bem-estar no ambiente de trabalho, alta produtividade e atratividade para retenção de talentos.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças.

E é baseado nesse novo conceito que atuamos.

Principais diferenças entre Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Por também lidar com processos burocráticos, muitas pessoas ainda confundem o RH com o DP.

O RH está relacionado aos processos práticos de um colaborador na empresa. Ou seja, lida com a valorização e busca motivar o funcionário, procurando formas de mantê-lo na empresa para que ambos cresçam lado a lado.

O DP é encarregado por cuidar da parte administrativa. Lida com tarefas voltadas para o cumprimento de obrigações jurídicas e financeiras relacionadas aos colaboradores.

Geralmente essas áreas atuam em conjunto.

Nesse contexto, o RH torna-se cada vez mais estratégico na administração do capital humano. Dessa forma, é responsabilidade do profissional de recursos humanos equiparar as políticas de gestão de pessoas às metas e valores da empresa de modo a garantir também o bem-estar no ambiente de trabalho, alta produtividade e atratividade para retenção de talentos.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças.Sobre alguns dos principais departamentos que compõem um RH

CRITÉRIOS PARA RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E ADMISSÃO DE PESSOAL

Objetivo

Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

Será permitido parentesco de primeiro, segundo ou terceiro grau, desde que não existam conflitos de interesses nem subordinação direta.

O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador, desde que a demissão tenha sido a pedido, ou dispensado sem justa causa, desde que o motivo do desligamento seja analisado pelo coordenador do departamento de gestão de pessoas/diretoria administrativa e somente com autorização da diretoria da Área e/ou Diretoria Geral. Não será permitida a contratação do ex-colaborador que tenha sido demitido por justa causa ou tenha restrições em seu prontuário.

A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 12 (doze) meses ocupando o mesmo cargo.

Descrição da Política

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Movimentação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de autorização estabelecidos pelo Administrador Geral desta Maternidade 24h.

Toda movimentação de pessoal deverá ser aprovada pelo responsável pelo departamento de gestão de pessoas e diretoria, e após liberação, seguirá para o recrutamento e seleção, iniciando do processo.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos deverá ser intermediada pelo Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área e da diretoria responsável, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de movimentação de pessoal (transferência e/ou promoção), onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e do coordenador do departamento de gestão de pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

Níveis de aprovação:

- **Vaga nova/aumento de quadro:** A aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Diretoria Geral, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.
- **Substituição:** A aprovação da vaga deverá ser feita pelo responsável do departamento de gestão de pessoas e diretoria administrativa
- **Contratação temporária para cobrir licenças:** A aprovação da vaga deverá ser feita pelo responsável do departamento de gestão de pessoas, diretoria administrativa e diretoria geral. O formulário depois de aprovado deverá ser enviado diretamente ao departamento de gestão de pessoas (responsável pelo recrutamento e seleção).
- **Nota:** Com exceção dos afastamentos por motivo de saúde ou acidente de trabalho, faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador. A contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Definição do perfil da vaga

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do gestor de cada área (requisitante), juntamente com o responsável de gestão de pessoas, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais necessárias.

Processo de recrutamento

O departamento de gestão de pessoas é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar para entrevista com o gestor requisitante no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado.

O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo.

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela coordenação de gestão de pessoas, podendo ser:

- Banco de dados de currículo;
- Busca de currículo na internet;
- Indicações de colaboradores e contatos profissionais;
- Consultorias;
- Anúncio em internet ou jornal.

O departamento de gestão de pessoas em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada vaga em aberto, visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal dos nossos colaboradores.

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todas as áreas da Instituição e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo no mínimo durante 07 (sete) dias.

Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que se candidatarem à vaga, obrigatoriamente passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga, se aprovado em todos os processos o seu remanejamento será analisado pela chefia imediata, pela futura chefia e pelo departamento de gestão de pessoas.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas

- Possuir escolaridade compatível com o cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;

- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter recebido advertência no prazo de 01 (um) ano;
- Não ter falta injustificada no prazo de 01 (um) ano;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;
- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
- Não possuir férias vencidas; e
- Não possuir banco de horas.

Caberá ao setor de gestão de pessoas verificar as referências pessoais e profissionais.

Processo de seleção

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista inicial com o setor de gestão de pessoas, teste de avaliação comportamental com base no mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos, entrevista final com a chefia imediata da área e avaliação da medicina do trabalho para mudança de função.

Nas entrevistas será utilizada a técnica de entrevista por competência, baseada nas Competências, Habilidades e Atitudes (CHA) que foram definidos na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre o gestor da área requisitante e o setor de gestão de pessoas.

A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo o que garantirá a transparência e respeitabilidade do processo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia 15 (quinze) de cada mês, após esta data, a admissão e consequente início das atividades ocorrerão somente no mês seguinte.

Admissão de parentes poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex-colaborador nos processos seletivos será feita somente após análise e parecer da diretoria administrativa, onde serão verificados os motivos que levaram o colaborador a pedir demissão ou ser demitidas sem justa causa, informações no prontuário, consulta à chefia imediata e respeito aos prazos legais, devendo ter autorização, por escrito, do diretor administrativo e/ou superintendente.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

Abertura de vaga

O requisitante é responsável por preencher o formulário de movimentação de pessoal com os dados completos, considerando o fluxo: recrutamento, seleção e admissão, e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme as alçadas definidas.

Aumento de quadro: chefia imediato, diretor da área solicitante, responsável gestão de pessoas e diretoria geral.

Substituição ou afastamento por acidente de trabalho, auxílio-doença e licença maternidade: chefia imediato da área solicitante e responsável pela gestão de pessoas.

O critério para solicitação de substituição por acidente de trabalho, auxílio-doença e licença maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior a 45 dias.

Fluxo do processo de recrutamento e seleção

Da Integração

- Todos os colaboradores admitidos deverão participar da integração no primeiro dia de trabalho, antes de irem para sua área de atuação.
- Os colaboradores (admitidos ou promovidos) da equipe assistencial participarão também do programa de integração específico com o NEP.
- Serão realizadas a princípio apenas uma integração ao mês, a programação anual e sua divulgação serão de responsabilidade do departamento de gestão de pessoas.

Os novos colaboradores receberão no momento da integração, as diretrizes para atuação na UPA, a qual que deverá ser protocolada no ato da entrega.

O programa de integração aborda os seguintes assuntos:

- Boas-vindas das diretorias e coordenações (apresentação do histórico da Instituição, organograma institucional e local, comissões, áreas e projetos sociais);
- Informações sobre Código de Ética e Conduta;

- Informações sobre avaliação de período de experiência e desempenho;
- Informações sobre Cultura Organizacional;
- Informações sobre os benefícios, uniformes, registro do ponto, atrasos, faltas, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;
- Entrega do crachá de identificação, uniformes e equipamentos de proteção individual;
- Palestra sobre segurança, medicina do trabalho e doenças ocupacionais;
- Palestra sobre gerenciamento de resíduos;
- Palestra sobre controle de infecção relacionada a assistência à saúde;
- Palestra sobre programas de qualidade;
- Visita às instalações, com apresentação dos setores e seus responsáveis, atividades que o setor desenvolve e sua importância;
- Apresentação de filme institucional ou didático;
- Entrega do novo colaborador à chefia imediata.

Processo de registro de ponto

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança/gestor (coordenação, gerência e diretoria) desde que autorizados.

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização da chefia imediata.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde

que previamente autorizadas pela diretoria responsável e informadas no departamento de gestão de pessoas em impresso próprio.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerada falta grave, podendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho, podendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar imediatamente seus gestores sobre as alterações nos registros.

O gestor é responsável por enviar à gestão de pessoas, no dia da ocorrência por correio eletrônico ou outro meio, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados de hora ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

As justificativas que não forem informadas a gestão de pessoas no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente a 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

MODELO CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA , com sede em São Bernardo do Campo, na Av. Robert Kennedy n°2900, Bairro Assunção, CEP 09860-214, no Estado SP,
inscrito no CNPJ sob o n° 47.708.771/0001-00

Empregado: **XXXXXXX**, Casado, portador(a) da Carteira de Identidade n°**XXX.XXX.XXX.XX** , CPF n° **XXX.XXX.XXX.XX**, Carteira de Trabalho n° **XXXXXXXX** e série **XXXXX**, residente e domiciliado na RUA: **XXXXX**, n° **XXX**, bairro **XXXX**, CEP **XXXXX-XXX**, Cidade **XXXXXX**, no Estado **XX**.

As partes identificadas acima, celebram entre si o presente Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado apartir de **XX/XX/XXXX**, regido pelas cláusulas seguintes e demais disposições legais vigentes:

DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

Cláusula 1ª - O presente contrato de trabalho por tempo indeterminado tem como fundamento a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

DO LOCAL E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Cláusula 2° - O local de trabalho será O MESMO DA EMPRESA, podendo o Empregador, a qualquer momento, transferir o Empregado em caráter definitivo ou temporário, para outra unidade/filial/estabelecimento, em qualquer localidade deste Estado ou de outro dentro do país.

DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO

Cláusula 3° - O presente contrato terá duração por prazo indeterminado, sendo assegurado às partes o direito de rescisão a qualquer momento, obrigando-se a parte que desejar rescindi-lo, comunicar a outra com aviso-prévio mínimo de 30 (trinta) dias.

DA JORNADA DE TRABALHO

Cláusula 4ª - O trabalho executado pelo Empregado consistirá na jornada semanal de 36,00, perfazendo um total e 180,00 horas mensais.

DA REMUNERAÇÃO

Cláusula 5ª - O Empregado, na função de AUXILIAR ADMINISTRATIVO, perceberá a quantia mensal de R$1.767,04(um mil setecentos e sessenta e sete reais e quatro centavos), efetuados os devidos descontos permitidos por lei além de possíveis descontos por danos causados pelo Empregado, com fundamento no parágrafo único do artigo 462 da CLT.

Cláusula 6ª - O empregado compromete-se a respeitar todas as normas legais da relação de emprego, bem como o regulamento interno da empresa, bem como de utilizar corretamente todos os equipamentos de segurança fornecidos, para fins de cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho.

Cláusula 7ª - Por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente contrato de trabalho por tempo indeterminado em 02 (duas) vias de igual teor.

GUARULHOS, **XX** de Agosto de **XXXX**

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	**(COLABORADOR)**

Proposta de pesquisa de Clima Organizacional

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a realização da Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) como estratégia de gestão de pessoas, visando mensurar a percepção coletiva dos colaboradores em relação ao ambiente organizacional.

A iniciativa busca compreender como fatores internos impactam diretamente na motivação, produtividade e qualidade de vida no trabalho, fortalecendo o alinhamento entre cultura organizacional, práticas de gestão e necessidades dos profissionais.

Objetivos da Pesquisa

- **Mapear e analisar** o ambiente interno, identificando aspectos críticos que influenciam o clima organizacional.
- **Diagnosticar pontos fortes e oportunidades de melhoria**, considerando a percepção dos colaboradores.
- **Promover o engajamento**, mostrando que a instituição valoriza seus profissionais além da dimensão funcional.
- **Subsidiar ações de melhoria contínua**, visando maior satisfação, retenção de talentos e redução de absenteísmo.

Justificativa

A PCO será um instrumento estratégico para a Santa Casa, pois permitirá:

- Criar uma base estruturada de informações para apoiar decisões gerenciais.
- Identificar fatores motivacionais e desmotivacionais que impactam no desempenho.
- Contribuir para a redução do absenteísmo, uma das principais dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde.
- Reforçar a relação de confiança entre colaboradores e gestão, demonstrando valorização do capital humano.

Metodologia

A pesquisa será conduzida por meio de **questionários estruturados**, aplicados de forma sigilosa e anônima, abrangendo os seguintes eixos temáticos:

- **Comunicação interna** e transparência da gestão.

- **Reconhecimento e valorização profissional**.
- **Condições de trabalho e recursos disponíveis**.
- **Relações interpessoais e trabalho em equipe**.
- **Liderança e gestão de pessoas**.
- **Desenvolvimento e capacitação**.
- **Bem-estar e qualidade de vida no trabalho**.

Resultados Esperados

- Obtenção de um diagnóstico confiável sobre o clima organizacional.
- Fortalecimento da cultura de feedback e do diálogo entre colaboradores e gestores.
- Elaboração de planos de ação direcionados, alinhados às necessidades reais apontadas pela equipe.
- Melhoria contínua da satisfação, engajamento e desempenho dos profissionais.
- Redução progressiva dos índices de absenteísmo.

Considerações Finais

A Pesquisa de Clima Organizacional representa um compromisso institucional da Santa Casa com a valorização de seus colaboradores e com a melhoria da qualidade assistencial.

Ao compreender e integrar as percepções de sua equipe, a instituição reforça sua missão de promover não apenas a excelência no atendimento em saúde, mas também um ambiente de trabalho saudável, motivador e produtivo.

Política de Avaliação de Desempenho

Avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, e das metas e resultados a serem alcançados, da sua excelência e as qualidades de uma pessoa e, sobretudo, a sua contribuição para o negócio da organização.

Objetivo

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

- Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao gerenciamento de pessoas da Instituição;
- Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;
- Integrar os diversos processos e áreas funcionais;
- Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

A Avaliação de Desempenho é um processo contínuo de acompanhamento do desempenho dos colaboradores, pela ótica individual, buscando atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar as reais necessidades de capacitação e desenvolvimento profissional;
- Fazer reflexão junto ao colaborador acerca de sua atuação trabalhista, ou seja, buscar uma avaliação diagnóstica;
- Avaliar potenciais, otimizando o desenvolvimento profissional;
- Democratizar o trabalho;
- Implantar novas práticas na gestão de pessoas;
- Planejar carreiras;

- Melhorar os processos de gestão no departamento de gestão de pessoas;
- Avaliar as limitações do sistema organizacional (individual, institucional e de atendimento à população);
- Subsidiar o planejamento de contratação de pessoal.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O departamento de gestão de pessoas é responsável por controlar os contratos durante os períodos de experiência, devendo enviar à chefia imediata de cada área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Processo para Avaliação de Desempenho

A chefia imediata de cada área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias" e "Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias".

Avaliação no período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, etapas:

- A chefia imediata/gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento imediato.

Avaliação no período de experiência de 90 (noventa) dias, etapas:

- A chefia imediata/gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;

- Reprovação: desligamento imediato.

Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de gestão de pessoas e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelas suas chefias imediatas, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.

Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:

II. Quanto as informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
III. Quanto aos materiais e equipamentos por ele utilizados;
IV. Quanto a comunicação com os gestores;
V. Quanto a integração na equipe de trabalho;
VI. Quanto a satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

VII. Preparação das chefias imediatas para serem agentes multiplicadores do processo;
VIII. Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
IX. Aplicação das avaliações.

Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

X.

XI. Análise dos resultados;

XII. Identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;

XIII. Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Diretoria Geral e diretoria da área;

XIV. Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com a chefia imediato ou mediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade;

XV. Feedback para o colaborador, para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação as suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe;

XVI. Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e aos programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais

Fluxo do Processo de Avaliação Anual

Colaborador se auto avalia
Chefia imediata avalia o colaborador
Concordância pelo avaliado
Descrição de pontos fortes e fracos pela chefia imediata
Chefia imediata estabelece ações para alcance das metas dos indicadores que não atingem a expectativa
Colaborador é submetido a capacitação, orientação e treinamentos
Após 03 (três) meses do término da ação educativa o colaborador é reavaliado
Inicio do Ciclo de Avaliação

Instrumento de Avaliação de Competência e Potencial para Gestores

Instruções

- O colaborador avaliado deverá realizar a autoavaliação preenchendo com um "x" a nota correspondente para cada fator de competência e de potencial;
- Após a autoavaliação do colaborador o seu superior deverá fazer sua avaliação juntamente com o colaborador passando o feedback do desempenho do avaliado;
- O superior fornece recursos ao colaborador, como orientação, treinamento, aconselhamento, informação, equipamento, metas e objetivos a alcançar e cobra os resultados;
- O colaborador avaliado preenche o quadro de concordância para cada competência avaliada pelo seu superior mediante os resultados obtidos e o desempenho e, se for o caso, cobra do gestor recursos necessários;
- Cada competência e potencial deve ser analisado com base na descrição dos graus de avaliação expostos no quadro abaixo (escala de avaliação para cada fator), sendo que cada um desses graus possui uma nota;
- Ao término do preenchimento da escala, somam-se as notas correspondentes de cada item avaliado para o cálculo da nota da competência e do potencial.

Escala de Avaliação para Cada Fator

ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA CADA FATOR	
INSATISFATÓRIO (1 – 4)	Não atende ou atende minimamente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência e/ou potencial avaliado. Precisa desenvolver-se total ou quase que totalmente na competência. Necessita de interferência permanente do superior/gestor.
1	Não atende às expectativas de desempenho. As evidências são claras sobre o não atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta total desinteresse em melhorar a competência avaliada

2	Muito abaixo das expectativas de desempenho. São raras as evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta muito pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
3	Abaixo das expectativas de desempenho. Há poucas evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
4	Ainda abaixo das expectativas de desempenho. As evidências de atendimento aos indicadores ainda são insuficientes. Apresenta algum interesse e empenho para melhorar a competência avaliada. O desempenho oscila entre Insatisfatório e Regular
REGULAR (5 – 6)	Atende parcialmente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência avaliada. O desempenho alterna entre atendimento e não atendimento. Precisa melhorar o desempenho. Necessita de interferência do gestor com alguma frequência.
5	Demonstra resultado de desempenho abaixo do esperado. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados são insuficientes. Apresenta pouco empenho para desenvolver-se na competência.
6	Demonstra resultado de desempenho parcialmente satisfatório. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados, ora apresentam-se conforme esperado, ora são insuficientes. Apresenta empenho para desenvolver-se na competência. O desempenho oscila entre Regular e Bom.
BOM (7 – 8)	Atende às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho, definido para a competência avaliada. Alcança o padrão esperado, demonstrando resultado de desempenho plenamente satisfatório. Na maioria das vezes o gestor apenas valida o atendimento da competência em relação ao padrão.
7	Demonstra resultado de desempenho satisfatório. Faz normalmente o que se espera. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados revelam alcance das expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho.
8	Demonstra resultado de desempenho plenamente satisfatório.

	Faz sempre o que se espera. As evidências são claras e objetivas e confirmam o atendimento pleno às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os indicadores avaliados, cujo empenho indica possibilidade de mover-se para o nível seguinte. Por vezes realiza mais do que se espera. O desempenho oscila entre Bom e Excelente.
EXCELENTE (9 – 10)	Supera as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência. Excede ao padrão esperado, demonstrando desempenho além das expectativas. Agrega melhorias e resultados visíveis, reconhecidos e confirmados no âmbito da empresa.
9	Demonstra resultado de desempenho acima do esperado. Faz normalmente mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que excede às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os Indicadores avaliados. Revela uma ótima qualidade de desempenho nos resultados apresentados.
10	Demonstra resultado de desempenho muito acima do esperado. Faz sempre mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que supera constantemente e consistentemente as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os Indicadores avaliados. Desempenho especialmente relevante. Revela uma excelente qualidade de desempenho nos resultados apresentados e potencial para assunção de novas responsabilidades e novos desafios.

Descrição da Competência Avaliada

	DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS AVALIADAS
	CAPACIDADE DE GESTÃO
Capacidade de Mobilização	Mobiliza, envolve e compromete seus colaboradores, visando a realização dos objetivos e metas definidas e estimulando a equipe a valorizar o que faz.
Liderança	Direciona e inspira a equipe para alcançar a visão da empresa, comunicando-se claramente e motivando os seus liderados, dando o feedback do seu desempenho e dos resultados alcançados. Conhece cada membro da sua equipe e sabe utilizar o talento de cada um em prol do seu desenvolvimento e alcance das metas da empresa, criando desta forma uma equipe coesa. Demonstra congruência entre

	a fala e a ação, valoriza o profissional pelo trabalho prestado e celebra as vitórias junto a equipe operacional do serviço.
Assertividade	Possui credibilidade sustentada pela qualidade das suas relações interpessoais frente a equipe, permitindo que os seus liderados se sintam confortáveis em concordar e discordar de suas ideias, estando livres para decidir quais serão suas escolhas, sem perder de vista os objetivos a serem atingidos, baseado no respeito às individualidades.
Delegação/Feedback	Delega e compartilha responsabilidades, tarefas e decisões. Exerce o feedback, praticando o elogio e a crítica, reconhecendo e compartilhando resultados com a equipe.
Monitoramento	Interpreta e repassa informações recebidas, com agilidade, confiabilidade e clareza. Comunica-se com a equipe, visando monitorar seu desempenho e atingir os objetivos pretendidos. Mantém a equipe a par de problemas que possam afetar os processos da área e de suas consequências, estimulando a proposição de sugestões para solução dos mesmos.
Visão Estratégica	Influência estratégias e viabiliza sua aplicação, considerando as tendências dos ambientes interno e externo e as expectativas dos públicos envolvidos. Antecipa e gerencia riscos e oportunidades.
Desenvolvimento/Formação de Sucessores	Auxilia os colaboradores no desenvolvimento dos seus potenciais, gera um clima organizacional favorável ao desenvolvimento e desempenho dos profissionais e forma sucessores.
Tratamento de Conflitos	Trata conflitos, ouvindo, avaliando e decidindo com imparcialidade, dando espaço para a equipe discordar e influenciar em decisões e processos.
	PREPARO E QUALIFICAÇÃO
Capacidade de Orientação	Conhece as atividades e processos da área, assegurando corretas orientações para a sua equipe. Facilita a introdução de novas tarefas ou processos, esclarecendo dúvidas. Acompanha os trabalhos, intervindo quando necessário, explicando detalhes e orientando sobre o solicitado.
Planejamento	Estrutura e sistematiza processos visando o planejamento, acompanhamento e organização das atividades e do ambiente de trabalho para melhor utilização dos recursos.
Comunicação	Escuta atentamente e expressa suas ideias, verbalmente e por escrito, usando uma linguagem clara e objetiva e certificando-se do entendimento das mensagens transmitidas

	ou recebidas. Adota o meio de comunicação adequado ao conteúdo e contexto da informação.
Capacidade de Negociação	Negocia com habilidade com fornecedores, prestadores de serviços e usuários, observando regras, acordos e contratos.
Geração de Conhecimento	Busca, sistematiza, registra e dissemina o conhecimento, de modo a transformá-lo em vantagem para a entidade.
Autodesenvolvimento	Procura evoluir pessoal, profissional e intelectualmente, buscando aperfeiçoamento e atualização contínua de seus conhecimentos.
	CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE
Interação	Interage e mantém bom relacionamento com seus pares, superiores e outras equipes, contribuindo para o trabalho das outras áreas. Atende ao cliente interno e externo, de forma prestativa, segura e com competência técnica, dando resposta aos seus pedidos e sugestões, de modo a valorizar o relacionamento.
Interlocução	Expressa-se de maneira clara e objetiva, ouve os outros e dá respostas consistentes e educadas. Escuta e transmite ideias de forma efetiva, utilizando procedimentos formais e informais e proporcionando dados concretos para apoiar observações e conclusões
Cooperação	Coopera no compartilhamento de ideias, atividades e soluções com os membros da equipe e das demais áreas. Põe-se à disposição espontaneamente para executar outros serviços e auxiliar colegas, de acordo com as necessidades e possibilidades
Motivação	Demonstra capacidade de motivar seus colegas e colaboradores.
	COMPROMISSO COM O RESULTADO
Orientação para Eficiência e Eficácia	Concretiza com eficácia e eficiência os objetivos de seu trabalho, cumprindo as tarefas que lhe são atribuídas com qualidade, sem erros e nos prazos estipulados. Preocupa-se com os custos e atua para o uso racional dos recursos da entidade, atendendo ao padrão final de qualidade, sem desperdícios de material e nos prazos pactuados.
Foco em Objetivos e Metas	Estabelece prioridades, organiza as atividades e as executa adequadamente, de forma metódica e no prazo previsto, para assegurar os objetivos. Define indicadores (prazos, informações, qualidade), objetivos e metas para os processos

	em que atua e/ou que dependem de sua ação gerencial, com o objetivo de alcançar os resultados esperados.
Capacidade Analítica	Tem visão clara de sua função e sabe o que esperar por resultado. Faz apreciações minuciosas, com discernimento e critério. Tem senso crítico e ponderação, reconhecendo as variáveis envolvidas, as ameaças e aproveitando as oportunidades que repercutem na efetividade do negócio. Elabora soluções e toma decisões considerando as variáveis e os riscos inerentes. Identifica causas de problemas existentes e potenciais para ação preventiva.
Busca de Orientação	Busca orientação para solucionar problemas/dúvidas do dia-a-dia diante de situações imprevistas.
Cumprimento de Prazos	Termina tudo o que começa nunca deixando uma atividade inacabada, dentro do prazo esperado e sem prejuízos a qualidade.
Foco em Superação	Esforça-se sempre para superar os resultados estabelecidos previamente, levando em consideração recursos, prazos, custos e qualidade.
	VISÃO INSTITUCIONAL
Interesse pela Instituição	Procura conhecer a estrutura e funcionamento da entidade e os principais produtos e serviços por ela oferecidos. Compreende seu papel nos processos da entidade e tem uma visão global da dinâmica organizacional e das relações entre os processos. Conhece os impactos de seu trabalho nas atividades dos outros colegas/áreas.
Compromisso com Valores	Compromete-se com os valores e princípios da entidade e com sua disseminação.
Visão dos Clientes	Identifica e compreende as necessidades dos clientes e suas expectativas com relação à qualidade dos produtos e serviços da entidade. Busca alternativas para atender participantes e outras partes interessadas, sempre observando as leis, contratos e regulamentos pertinentes.
Articulação	Articula-se com a equipe e promove a melhoria do relacionamento profissional com as outras áreas, buscando parcerias internas e externas para solução de problemas e consecução dos objetivos da entidade.
Normas	Demonstra conhecimento das normas e procedimentos da entidade e compreende a importância de seu cumprimento e atua nesse sentido.
	CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Equilíbrio	Realiza seu trabalho de forma equilibrada e convive bem com adversidades, pressões, imprevistos, obstáculos e conflitos. Recebe bem críticas e as trata adequadamente, admitindo erros sem "caçar culpados", apresentando baixo índice de desculpas ou pretextos.
Relacionamento Interpessoal	Trata a todos com respeito, simpatia, presteza e educação, independentemente da hierarquia e do público, buscando um clima de harmonia, confiança e cooperação. Demonstra paciência e capacidade de conviver com diferenças (ritmo, estilo e pensamentos). Tem habilidade para dizer "o que precisa ser dito".
Iniciativa	Antecipa-se, tirando proveito de oportunidades e não deixando acontecer falhas que possam ser evitadas. Demonstra iniciativa diante de imprevistos e pressões.
Automotivação	Demonstra capacidade de automotivação e apresenta energia para implantação de mudanças.
Inovação	Está aberto às inovações e melhores práticas do mercado, visando implementar novas técnicas e procedimentos em sua área. Propõe ideias e soluções inovadoras e possíveis de executar e administra eventuais dificuldade para sua implantação.
Empatia	Consegue colocar-se no lugar do outro para compreendê-lo sob o ponto de vista dele.
Discrição	Trata com confidencialidade os dados da entidade.

Descrição dos Potenciais Avaliados

INDICADORES DE POTENCIAL	DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO POTENCIAL PARA GESTÃO
Orientação para o Aprendizado	Apresenta curiosidade e interesse em aprender coisas novas, não necessariamente ligadas ao trabalho atual. Demonstra capacidade para tirar proveito de situações e oportunidades de aprendizado.
Abrangência de Análise	Traz pontos de vista diferentes, mantendo abertura a novas ideias, agregando variáveis não contempladas por outros.
Compreensão Interpessoal	Tem capacidade de ouvir e compreender as percepções e perspectivas dos demais, procurando alinhar os interesses de ambas as partes.
Capacidade de Progressão	Demonstra capacidade de assumir, no curto, médio e longo prazos, uma posição ou atividades de maior amplitude e responsabilidade.
Maturidade Emocional	Apresenta capacidade de lidar com situações de stress e/ou pressão e de receber feedbacks como uma oportunidade para aprender e crescer.
Flexibilidade/Adaptabilidade	Adapta-se a mudanças, a adversidades, a oportunidades e a desafios de mercado, desenvolvendo-se diante de novos cenários.
Comunicação Escrita	Redige, de forma clara, precisa e com profundidade adequada e concisão, textos contendo informações coletadas, percepções, análises, recomendações e outros conteúdos. Consolida informações, colocando foco no essencial e sistematizando em poucas palavras.

Políticas de Cargos e Salários

Cabe ao departamento de gestão de pessoas, a responsabilidade pela definição de procedimentos para a gestão de cargos e salários dos colaboradores, dos diversos níveis hierárquicos, assim como as alterações que se fizerem necessárias, que podem envolver a criação, a extinção ou a reclassificação dos cargos, de com o estabelecido no Plano de Cargos e Salários.

Objetivo

Disciplinar as movimentações de pessoal e propiciar a administração dos cargos e salários da Instituição.

Aplicação

Todos os colaboradores da Instituição.

Premissas

É o instrumento que estabelece a estrutura de cargos da Instituição, define as atribuições, responsabilidades e competências necessárias de cada cargo e estabelece os níveis salariais a serem praticados.

Descrição da Política

A política salarial adotada será fundamentada em três diretrizes principais, que visam assegurar um tratamento salarial equânime e competitivo:

- Equilíbrio Interno: coerência salarial que deve existir entre os cargos, considerando o conteúdo e valor relativo (importância) na estrutura da Instituição;
- Equilíbrio Externo: adoção no ponto médio da tabela salarial correspondente a média dos salários praticados pelo mercado (salário);
- Administração Salarial Global: estabelecimento de política de remuneração total, representando o somatório de salário, remuneração variável e benefícios.

Conceitos Gerais

Classificação de cargos

É a organização dos cargos em grupos, considerando a compatibilidade, equivalência dos requisitos e competências, condições de trabalho e responsabilidades, de acordo com as categorias de cargos estabelecidas, levando-se em conta a natureza dos cargos existentes na Instituição.

Grupo Salarial

É um agrupamento de cargos, cujo conteúdo profissional equivalente justifica tratamento salarial semelhante.

Faixa Salarial

É a variação salarial possível para um determinado grupo de cargos. A amplitude da faixa salarial corresponde à variação entre o maior e o menor salário da faixa.

“Steps” salariais

São os degraus intermediários de uma faixa salarial, definindo o posicionamento frente à política salarial adotada pela Instituição.

Estrutura/tabela salarial

É a organização de uma progressão racional de salários baseados nos relacionamentos entre os valores dos cargos, de modo a distribuir os salários de acordo com o conteúdo profissional de cada cargo.

Na Instituição a tabela salarial tem a seguinte configuração:

- Cargos operacionais;
- Cargos técnicos/administrativos;
- Cargos de liderança.

Critérios para administração e manutenção do plano de cargos e salários

Alterações salariais coletivas

Quando do acordo/dissídio coletivo, as alterações salariais convencionadas entre, a Instituição e o Sindicato representativo dos colaboradores, 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 da tabela salarial.

As antecipações espontâneas constituem-se por alterações salariais concedidas por liberalidade da Instituição, sendo passíveis de compensação quando da aplicação do acordo/dissídio coletivo ou quaisquer medidas governamentais.

Reclassificação do Cargo

Os casos de aumento ou diminuição de atividades em determinados cargos deverão ser comunicados ao setor de gestão de pessoas que providenciará sua reavaliação e aprovação, caso necessário.

Poderá haver mudança na classificação dos cargos em decorrência dessas alterações.

Criação de Cargo

Caso haja a necessidade de um novo cargo, em razão de serem desenvolvidas novas atividades, deverá ser solicitado ao setor de gestão de pessoas estudos que visem à criação do referido cargo.

Extinção de Cargos

Os cargos em que não haja ocupantes e que por motivos de reestruturação das áreas não venham a ter mais ocupantes, deverão ser comunicados ao setor de gestão de pessoas para serem extintos.

Carreira

É a relação sequencial de cargos com afinidades entre si, com atividades correlatas, competências, conhecimentos específicos e demais requisitos inerentes ao cargo.

Procedimentos

As vagas existentes no quadro de pessoal serão preenchidas, prioritariamente, pelos colaboradores internos, obedecidas as diretrizes e critérios estabelecidos.

O ingresso na carreira dar-se-á, preferencialmente, nos cargos de início de carreira. Havendo interesse da Instituição e considerando-se as qualificações e competências do candidato, o ingresso poderá ocorrer em qualquer nível de cargo da carreira.

O colaborador poderá concorrer a cargos de outra carreira, diferente a carreira do cargo que ocupa, porém deverá possuir as qualificações exigidas e existir compatibilidade em nível salarial.

As vagas serão divulgadas no âmbito da UPA.

Todos os colaboradores, como os candidatos externos, para ingressarem na carreira, passarão por um processo seletivo adequado às exigências de cada cargo. O departamento de gestão de pessoas, em conjunto com a área solicitante, especificará o conteúdo e a forma de seleção dos candidatos.

Critério para Contratação e Movimentação de Colaboradores

Todas as movimentações de cargo estão vinculadas à existência de vaga disponível no quadro de pessoal.

Admissões

As admissões serão processadas mediante aprovação no processo seletivo.

O candidato deverá ser contratado no salário correspondente ao primeiro "step" (mínimo) da faixa salarial relacionado ao seu cargo.

Caso o salário estipulado seja insuficiente para atrair e/ou admitir o recurso humano necessário, o candidato poderá ser administrado na faixa, levando-se em consideração a consistência interna, ou seja, os salários dos demais profissionais já existentes no cargo.

Readaptação

Em caso de readaptação (retorno de licença ou afastamento por longos períodos) o colaborador terá sua situação profissional revista. Poderá haver necessidade de alteração funcional do colaborador, caso existam limitações de saúde que inviabilizem sua permanência no cargo que ocupa.

Promoção

- São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:
- Possuam no mínimo 12 (doze) meses na Instituição;
- Possuam no mínimo 12 (doze) meses no cargo atual;
- Apresentem desempenho adequado e potencial para ocupar um cargo superior ao atual, apurado através de algum sistema formal de Avaliação de Desempenho;
- Não possuam faltas injustificadas, nos últimos 12 (doze) meses;
- Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 (doze) meses;
- Deverá ocupar a vaga, o colaborador melhor classificado no processo seletivo. Caso o percentual de variação seja superior a 20% (vinte por cento) para atingir o inicial da nova faixa, a diferença superior deverá ser escalonada em parcelas com intervalo mínimo de 03 (três) meses. Para os casos em que a variação percentual superior for muito próxima aos 20% (vinte por cento), deverá ser aplicada em uma só vez ou em duas etapas conforme negociação.

Quando o colaborador for promovido e seu salário estiver acima da média (Step III) do novo cargo, não caberá aumento salarial.

Aumento salarial ou alteração de cargo por enquadramento

O aumento salarial por enquadramento consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente da sua contratação frente ao mercado e de sua contribuição e adaptabilidade na empresa ou no seu novo cargo caso tenha sido promovido.

São elegíveis para receber aumento por enquadramento os colaboradores que:

- No caso de admissão, estejam no cargo atual no mínimo há 03 (três) meses até atingir o segundo "Step" e de 06 (seis) meses posterior até atingir o médio da faixa, partindo do seu último aumento salarial;
- No caso de promoção, há carência de 03 (três) meses, contados a partir da data do último aumento salarial até atingir o segundo "Step", e de 06 (seis) meses posteriores até atingir o médio da faixa, sempre partindo do seu último aumento salarial;
- Para a alteração de cargo por enquadramento, haverá análise específica de cada caso, utilizando-se de instrumento de avaliação formal, não havendo carências e regras pré-estabelecidas.

Caso ocorra uma movimentação de cargo dentro do próprio grupo salarial, poderá ser realizado o enquadramento, seguindo os critérios acima, podendo atingir até o máximo do Step III.

Aumento Salarial por Mérito

O aumento salarial por mérito consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente de seu destacado desempenho.

Os aumentos salariais por mérito ocorrerão em função de verba disponível, previamente prevista em orçamento.

Para tanto, a diretoria, anualmente, em função dos resultados financeiros da Instituição, 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:

- Estejam no cargo atual no mínimo há 12 (doze) meses;
- Não tenham recebido aumento salarial individual nos últimos 12 (doze) meses;
- Não estejam no último Step da faixa salarial do cargo;
- Apresentem desempenho superior ao exigido pelo cargo na última Avaliação Formal.

Os colaboradores contemplados com aumento por mérito receberão aumento salarial, correspondente a um Step da faixa do cargo por ano.

Considerações Gerais

Todo e qualquer tipo de alteração de cargo e/ou salário, somente deverá ser comunicado ao colaborador após aprovação formal do departamento de gestão de pessoas, através de formulários específicos, devidamente autorizados pelos responsáveis.

No caso de transferência de área, constatado interesse das partes (Instituição e colaborador), deverá seguir o procedimento de formalização conforme item anterior.

Para a administração do Plano de Cargos e Salários são necessárias, uma adequada gestão e utilização dos critérios definidos nesta norma, sempre atentando que o aspecto salarial está inserido dentro do contexto da Política de Remuneração Global da Instituição.

É necessária a participação consciente dos responsáveis (gestores), exercendo e assumindo sua responsabilidade de gestão dos seus quadros de pessoas.

CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO.

a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reconhecemos que os nossos colaboradores são a chave do sucesso. Nada poderá ser alcançado sem o seu envolvimento.

Várias são as ações que devem ser praticadas para reduzir o absenteísmo, porém, é imprescindível investigar a causa deste ato e trabalhar para redução desse índice que tem impacto significativo no resultado dos processos de gestão da UPA. Dentre elas:

XVII. Identificar precocemente pela equipe médica do trabalho os agentes agressores que são nocivos à saúde do trabalhador;

XVIII. Implantar medidas preventivas e corretivas de modo enérgico;

XIX. Acompanhar os casos de doença crônica já diagnosticadas;

XX. Estabelecer programas de qualidade de vida e outros concernentes a saúde do trabalhador;

XXI. Suprir a demanda dos trabalhadores em informações e ações pró-ativas;

XXII. Ter ética e dinamismo suficiente para acompanhar o ritmo exigido pelo negócio desenvolvido pela empresa.

No que tange à Segurança no Trabalho:

XXIII. Desenvolver inspeção regular dos locais de trabalho;

XXIV. Oferecer regularmente aos empregados da empresa informações satisfatórias a respeito de normas de segurança;

XXV. Conhecer e reconhecer de modo adequado e antecipatório os riscos dos locais de trabalho;

XXVI. Desenvolver propostas de projetos preventivos de reorganização de área, tarefa e recursos para neutralizar ou erradicar o aparecimento dos acidentes de trabalho.

Responsabilidade Partilhada

As Chefias são os principais responsáveis pelo desenvolvimento de um ambiente onde as pessoas estão comprometidas com o seu trabalho e empenhadas em dar o seu melhor para garantir o sucesso da Instituição. No fundo, estas Chefias desenvolvem os líderes de amanhã. As Chefias têm à sua responsabilidade todas as questões relacionadas com os Colaboradores sob sua influência, dentro dos limites estabelecidos pelas Políticas e Princípios, agindo este como decisor final.

A este nível, a estrutura de Recursos Humanos (RH) apoiará as Chefias a estabelecerem as necessidades do negócio e a definirem os requisitos correspondentes no que toca aos Colaboradores. Neste sentido, a missão dos gestores de RH e das suas equipas é apoiar as Chefias a alcançarem os resultados pretendidos através da otimização do desempenho dos nossos Colaboradores, garantindo condições de trabalho exemplares.

Com a abordagem "Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo in the Market" (IDIM), RH adotará uma abordagem simplificada para assegurar uma liderança funcional com maior foco, eficiência e clareza. A estrutura de RH será baseada em três áreas específicas, as quais oferecem serviços especializados (Centres of Expertise), implementam estratégias de RH dentro de um negócio específico (Business Partners) e apoiam em atividades transacionais (Employee Services).

Pertencer à Instituição

O sucesso a longo prazo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo depende da sua capacidade para atrair, reter e desenvolver Colaboradores capazes de garantir a continuidade e o crescimento sustentável. Esta é aliás a responsabilidade principal de todas as Chefias.

A política da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo passa por contratar Colaboradores com atitudes pessoais e competências profissionais, que lhes permitam um desenvolvimento a longo prazo na Instituição. Neste sentido, é fundamental garantir que existe um forte alinhamento entre os valores do candidato e a cultura da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Apenas as atitudes, as experiências relevantes e o alinhamento com os Princípios da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo são considerados no processo de seleção e recrutamento. Neste processo não será contemplada a origem do candidato, a nacionalidade, a religião, a raça, o gênero, deficiência, orientação sexual ou idade. Apesar de existirem ferramentas específicas para melhorar o processo de seleção e recrutamento, a decisão de contratar um candidato permanece nas mãos do responsável - sendo esta decisão suportada pela equipa de Recursos Humanos da UPA.

Condições de Trabalho e Emprego

Enquanto Instituição de Saúde e Qualidade de Vida, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo compromete-se a garantir a todos os Colaboradores boas condições de trabalho, um ambiente seguro e saudável e Políticas de flexibilidade que permitam um melhor equilíbrio trabalho-família. Como tal, disponibilizamos condições de trabalho flexíveis sempre que possível e incentivamos os nossos Colaboradores a ter interesses externos, especialmente junto da comunidade.

Paralelamente, as Chefias são responsáveis pela segurança e saúde dentro da sua área de responsabilidade, pelo que são incentivados a desenvolver as suas competências nesta área.

O compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, no entanto, vai para além dos seus próprios Colaboradores. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo preocupa se com todas as pessoas que trabalham dentro ou fora das suas instalações em obrigações contratuais, como prestadores de serviços. Insistimos para que também estes adotem medidas adequadas de trabalho.

Acreditamos que todas estas condições são essenciais para se construir uma relação baseada na confiança e respeito pelos Colaboradores. Não toleramos qualquer forma de assédio ou discriminação. Assim, as Chefias estão empenhadas em construir e manter, junto das suas equipas, um ambiente de confiança mútua. Recursos Humanos, por sua vez, preza pelo diálogo e procura garantir que a voz dos trabalhadores é ouvida.

Formação e Aprendizagem

A aprendizagem é uma parte fundamental da cultura da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Todos os Colaboradores são constantemente encorajados a atualizar os seus conhecimentos e a consolidar competências. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo determina as prioridades de formação e desenvolvimento. A responsabilidade de as transformar em ações é partilhada entre os Colaboradores, Chefias e Recursos Humanos. A experiência e a formação no posto de trabalho são as ferramentas de aprendizagem principais. As Chefias são responsáveis por orientar e fazerem coaching aos Colaboradores, de forma a que estes possam ter sucesso nas suas funções.

Na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reconhece-se a importância da melhoria contínua, assim como a partilha de conhecimentos e ideias. O desenvolvimento profissional lateral, a partilha de responsabilidades e o desenvolvimento de equipes funcionais são práticas incentivadas, uma vez que proporcionam competências adicionais, enriquecem o conteúdo do trabalho e aumentam a responsabilização. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também oferece uma vasta gama de atividades de formação e metodologias para apoiar a aprendizagem e o crescimento de todos. Participar num programa não deve ser considerado como uma recompensa, mas como uma componente de desenvolvimento. Adicionalmente existem programas de liderança corporativa que nos ajudam a desenvolver e a manter uma gestão mais qualificada.

As Chefias têm a oportunidade de participar em cursos de formação, que solidificam o conhecimento empresarial e reforçam os valores e os Princípios da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, bem como em programas realizados pelos nossos parceiros estratégicos.

Causas mais frequentes do absenteísmo

XXVII. Insatisfação no trabalho;

XXVIII. Falta de comprometimento com resultados;

XXIX. Falta de identificação com a tarefa;

XXX. Ausência de supervisão eficiente/tratamento injusto;

XXXI. Falta de motivação para o trabalho;

XXXII. Ausência de feedback;

XXXIII. Más relações interpessoais e Inter setoriais.

O primeiro passo para controlar o índice é o monitoramento mensal através de indicadores de gestão. O monitoramento nos permitirá entender os motivos e tomar ações através de Programas dirigidos.

Treinamento

Milkovich e Bourdreau (2010) conceituam o treinamento como sendo um processo sistematizado com o intuito de promover a aquisição de habilidades, regras e atitudes resultando numa melhor adequação entre as características dos colaboradores e as exigências diante de sua função.

Para Dessler (2003), treinamento é um conjunto de métodos usados para transmitir aos funcionários, novos e antigos, habilidades necessárias para o desempenho do trabalho.

Segundo Reginatto (2004), o treinamento ajuda as pessoas a serem mais eficientes, evitando erros, melhorando atitudes e alcançando maior produtividade, pois, por meio dele, podia-se aprender fazendo, reavaliando e mudando comportamentos. Chiavenato (2009) define o treinamento como sendo o processo educacional de curto prazo, aplicado de maneira sistemática e organizada.

O treinamento é uma fonte de lucratividade ao permitir que as pessoas contribuam efetivamente para os resultados do negócio, sendo uma maneira eficaz de agregar as pessoas, a organização e os clientes (CHIAVENATO, 2010).

As Etapas do Processo de Treinamento

É importante entender que é necessário planejar e seguir todas as etapas do processo do treinamento, pois apenas dessa forma, os resultados esperados poderão ser atingidos. As etapas na ordem de execução devem ser (CHIAVENATO 2010):

• Diagnóstico - levantamento das necessidades de treinamento a serem satisfeitas a longo e médio prazo;

• Programação do treinamento - elaboração do programa que atenderá as necessidades diagnosticadas;

• Implementação - aplicação e condução do programa de treinamento.

• Avaliação – verificar os resultados obtidos com o treinamento

Desenvolvimento

O desenvolvimento da organização está diretamente relacionado à sua capacidade de desenvolver pessoas e ser desenvolvida por pessoas (DUTRA, 2009).

As pessoas são o patrimônio das organizações e essas organizações são compostas desde um simples operário até a função de executivo e são essas pessoas que fazem o sucesso da organização (CHIAVENATO 2010).

Em geral, as organizações estão percebendo a necessidade de estimular e apoiar o contínuo desenvolvimento das pessoas, como forma de manter suas vantagens competitivas (DUTRA, 2009).

De acordo com Pacheco, o processo de desenvolvimento de pessoas inclui treinamento e vai além; compreende o autodesenvolvimento, processo esse que é intrínseco a cada indivíduo.

Treinamento e Desenvolvimento de pessoas (T&D) são processos de capacitação de colaboradores. O treinamento se refere à iniciativas pontuais, de curto prazo, e o desenvolvimento para práticas de longo prazo, visando auxiliar o funcionário no seu crescimento profissional.

Treinamento e desenvolvimento de pessoas (T&D) estão entre as ações mais satisfatórias do RH. A partir deles, vemos o crescimento do colaborador: quando os potenciais inatos e adquiridos deixam de ser apostas e geram realizações concretas, como soluções, produtos, serviços e inovação.

A importância para as empresas é evidente. Como as mudanças forçam os negócios a aprender — e elas estão mais frequentes na Era da informação, você verá cada vez mais a educação como parte da cultura organizacional, em vez de ser uma reação diante de problemas e necessidades de curto prazo.

Qual é a diferença entre treinamento e desenvolvimento?

Os dois processos de aprendizagem são importantes para uma gestão estratégica de pessoas e compartilham tipos e métodos de trabalho. No entanto, como esclarece Chiavenato, existe uma diferença do ponto de vista temporal:

O treinamento é orientado para o presente, focalizando o cargo atual e buscando melhorar aquelas habilidades e competências relacionadas como desempenho imediato do cargo.

O desenvolvimento de pessoas focaliza em geral os cargos a serem ocupados futuramente na organização e as novas habilidades e competências que serão requeridas.

Quais são os benefícios do T&D nas empresas?

Quando a Gestão de Pessoas assume o protagonismo na formação dos colaboradores, a empresa colherá frutos importantes. Além de melhorar indicadores-chave de RH, as metas de treinamento e desenvolvimento de pessoas integram a perspectiva de aprendizado e crescimento da estratégia de negócios. Principais ganhos.

Reduzir gaps de competência

O primeiro benefício que se pode observar é também o mais direto. Usamos T&D para reduzir a lacuna entre as competências que temos e as de que necessitamos. E o que necessitamos pode vir de diferentes fontes:

- ✓ Condições para o sucesso da estratégia de negócios;
- ✓ Requisitos para realizar as tarefas de cargos e funções;
- ✓ Busca por cumprir leis, normas e códigos de conduta;
- ✓ Resolução de problemas e crises;
- ✓ Melhorias de produtos ou serviços;
- ✓ Inovação e empreendedorismo interno.

Melhorar indicadores de RH

As competências são conceituadas a capacidade de realização, que tem como elementos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA). Assim, quando pensamos em melhorar turnover, assiduidade, clima organizacional e produtividade, podemos facilmente encontrar a necessidade de T&D.

Um exemplo simples é o do absenteísmo. Um dia, você confere o controle de ponto na sua mesa de trabalho e, então, vê inúmeras faltas no último trimestre. Nesse caso, o que se espera é uma mudança de atitude — que pode ser treinada ou buscada no mercado.

Poderia ser também a falta de habilidades e conhecimentos. O líder de um setor pode reclamar da produtividade do time, e você notar que os colaboradores não dominam a tecnologia do processo produtivo, só para citar um caso.

Desenvolver talentos

A escassez de talentos é um problema enfrentado por diversas empresas. Em levantamento realizado pelo Manpower Group, os contratantes brasileiros apontam a falta de competências técnicas (33%) e comportamentais (19%) entre as principais dificuldades para efetuar uma contratação.

Vantagens dos treinamentos:

Estar *in compliance*

A situação de conformidade da empresa com normas legais frequentemente é alcançada com o auxílio de treinamentos. Imagine que as leis profissionais passam a exigir um novo tipo de equipamento de proteção individual (EPI), é necessário qualificar para que os colaboradores saibam utilizá-lo.

Lidar com sazonalidade e excesso de demanda

Diversas empresas precisam recrutar profissionais temporários pelo aumento de demanda durante um período do ano ou diante de um pedido fora do padrão. É o tipo de coisa que acontece, e um grande exemplo é a pandemia que assola o mundo. Bem, os treinamentos ajudam a capacitar essa mão de obra no curto prazo.

Melhorar a motivação e o bem-estar dos colaboradores

Por vezes, é preciso agir pontualmente nas questões relacionadas à motivação e ao bem-estar no trabalho. Aqui, também não há como prever todas as variáveis — de crises econômicas à epidemias, há uma série de coisas difíceis de antecipar que podem abalar o moral e a saúde dos profissionais, exigindo treinamentos.

Vantagens do desenvolvimento de pessoas:

Alinhar os treinamentos aos objetivos organizações

O desenvolvimento oferece a visão de longo prazo e, portanto, fornece os critérios para que a Gestão de Pessoas escolha os treinamentos alinhados à estratégia de negócios. Por exemplo, se uma organização pretende abrir dez lojas nos próximos Cinco anos, haverá um plano de desenvolvimento de gerentes e, dentro dele, diversos treinamentos.

Promover o amadurecimento do profissional

Por meio do desenvolvimento, a gestão de pessoas oferece o suporte para o crescimento do colaborador e busca realizar os seus potenciais. Consequentemente ocorre o crescimento do valor do capital humano da empresa.

Atrair talentos

Também será possível constatar uma melhoria na oferta de valor da empresa para colaboradores e candidatos. Ao lado de salários e benefícios, o profissional enxergará as oportunidades de crescimento e evolução na carreira.

Formar líderes

Por fim, o desenvolvimento oferece condições para formar pessoas para as posições-chave. Os líderes serão pratas da casa, já plenamente inseridos na cultura organizacional e com grande senso de fidelidade.

Como funciona o T&D entre níveis hierárquicos?

As práticas de treinamento e desenvolvimento de pessoas precisam estar ajustadas aos níveis hierárquicos da empresa. Isto é, deve existir uma aderência entre as necessidades de cada uma das partes do negócio.

Liderança

Identifica os perfis de liderança desejados pela empresa e desenha o caminho dos colaboradores até o comando das equipes ou para serem lideranças informais. No percurso, haverá diversos treinamentos, avaliações de desempenho e feedbacks no sentido de evoluir a capacidade de motivar, orientar, influenciar e afins.

Gestores

Exige a formação das pessoas para compor os quadros administrativos da empresa, por vezes, sendo trabalhado em conjunto com a liderança. Os programas, nesse caso, são bastante centrados em planejamento estratégico, pensamento sistêmico e entendimento das características da organização.

Colaboradores

Pode conectar as posições hierárquicas da empresa ou serem voltados para melhorias, como educação continuada, reciclagem, clima, produtividade etc. O segredo, nesse nível, é coletar o máximo de informações porque há grande diversidade de cargos.

As normas, procedimentos e diretrizes referentes à Gestão de Pessoas e Recursos Humanos encontram-se consolidados no Manual de Política Institucional de Recursos Humanos, constante no **Anexo IV deste Plano de Trabalho, passando a integrar este documento como referência para todos os processos relacionados à gestão da força de trabalho.**

7.4 D. Proposta de Programa de Educação Continuada, Treinamentos e Desenvolvimento Profissional Permanente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá Política Institucional de Educação Permanente em Saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção às Urgências (RUE), visando promover a qualificação contínua dos processos assistenciais e operacionais

relacionados à execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

A Educação Permanente será compreendida como estratégia contínua de desenvolvimento profissional, incorporada ao cotidiano dos processos de trabalho, utilizando as situações vivenciadas durante a assistência, os indicadores operacionais, os protocolos institucionais, os resultados das avaliações internas, as oportunidades de melhoria identificadas pelas equipes e as atualizações técnico-científicas como instrumentos para o aperfeiçoamento permanente das práticas desenvolvidas.

A política institucional será orientada pela aprendizagem significativa, pela integração entre teoria e prática e pelo fortalecimento da cultura da qualidade e da segurança do paciente, favorecendo a padronização dos processos de trabalho, a utilização dos protocolos assistenciais e operacionais, a melhoria da comunicação entre as equipes e o desenvolvimento contínuo das competências necessárias à prestação do atendimento pré-hospitalar móvel.

As ações de Educação Permanente abrangerão os profissionais vinculados à execução do Contrato de Gestão, respeitando as atribuições legais e regulamentares de cada categoria profissional, observando as necessidades dos diferentes processos assistenciais e operacionais desenvolvidos no âmbito da Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), das Unidades de Suporte Básico (USB), das Unidades de Suporte Avançado (USA) e das demais atividades previstas no objeto contratual.

O planejamento das ações educativas será elaborado de forma sistemática, considerando as necessidades identificadas durante a execução dos serviços, as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, os indicadores assistenciais e operacionais, os resultados das auditorias, as não conformidades, os eventos adversos, as atualizações normativas e as demandas apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde, permitindo o aperfeiçoamento contínuo da assistência prestada e dos processos organizacionais.

As atividades poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, capacitações em serviço, estudos de caso, oficinas práticas, simulações realísticas, reuniões técnicas, educação híbrida e outras

metodologias compatíveis com os objetivos institucionais, favorecendo a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos nas atividades desenvolvidas pelas equipes.

Os resultados da Política Institucional de Educação Permanente serão acompanhados por meio de indicadores de participação, frequência, avaliação das ações educativas, aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e monitoramento dos processos assistenciais e operacionais, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

As ações de Educação Permanente poderão ser desenvolvidas em articulação com o Núcleo de Educação em Urgência (NEU), quando instituído no âmbito do serviço, observadas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para o planejamento, execução e avaliação das atividades de qualificação profissional.

As ações educativas considerarão a articulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, favorecendo a continuidade do cuidado e a integração dos fluxos assistenciais.

Objetivos do Programa

O Programa Institucional de Educação Permanente tem por finalidade promover a qualificação contínua dos profissionais envolvidos na execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, contribuindo para o aprimoramento dos processos assistenciais, operacionais e organizacionais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Constituem objetivos do Programa:

- promover a atualização permanente dos conhecimentos técnico-científicos relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel;
- fortalecer a utilização dos protocolos assistenciais, operacionais e institucionais adotados pelo serviço;

- estimular a padronização dos processos de trabalho, favorecendo maior segurança e qualidade na assistência prestada;
- contribuir para o aperfeiçoamento da comunicação entre a Central de Regulação Médica das Urgências e as equipes operacionais;
- incentivar a integração entre os diferentes profissionais envolvidos na execução dos serviços, respeitando as competências de cada categoria profissional;
- promover a cultura da segurança do paciente, da gestão de riscos e da melhoria contínua da qualidade;
- apoiar o desenvolvimento de práticas assistenciais fundamentadas nas evidências científicas e nas diretrizes técnicas vigentes;
- contribuir para a melhoria dos indicadores assistenciais e operacionais previstos no Contrato de Gestão;
- favorecer o desenvolvimento de competências necessárias à execução das atividades previstas no objeto contratual;
- estimular a atualização contínua diante da revisão de protocolos, alterações normativas e incorporação de novas diretrizes assistenciais.

Diretrizes da Educação Permanente no SAMU 192

A Educação Permanente será desenvolvida como processo contínuo de qualificação dos profissionais e de aprimoramento dos processos de trabalho, observando as diretrizes institucionais, as políticas públicas de saúde e os protocolos adotados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

As ações educativas observarão as seguintes diretrizes:

- alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde;

- desenvolvimento de ações educativas relacionadas às necessidades identificadas durante a execução dos serviços;
- utilização de metodologias que favoreçam a integração entre teoria e prática;
- fortalecimento da aplicação dos protocolos assistenciais, operacionais e administrativos estabelecidos pela instituição;
- incentivo à padronização dos processos de trabalho e à melhoria contínua da qualidade da assistência;
- promoção da cultura da segurança do paciente e da gestão de riscos;
- incentivo à integração multiprofissional e ao trabalho colaborativo entre os profissionais envolvidos na assistência e na operação do serviço;
- desenvolvimento de ações de capacitação relacionadas aos processos da Central de Regulação Médica das Urgências, das Unidades de Suporte Básico, das Unidades de Suporte Avançado e dos demais processos previstos no objeto contratual;
- realização de atividades periódicas de atualização, treinamento e aperfeiçoamento técnico, de acordo com o planejamento anual de capacitações;
- monitoramento dos resultados das ações educativas por meio de indicadores institucionais, permitindo avaliar sua efetividade e promover o aperfeiçoamento contínuo do Programa.

A implementação dessas diretrizes contribuirá para a qualificação permanente dos profissionais, para a padronização dos processos assistenciais

e operacionais e para o fortalecimento da cultura institucional de qualidade, segurança e melhoria contínua, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Metodologia de Ensino

A Política Institucional de Educação Permanente será desenvolvida por meio de metodologias que favoreçam a aprendizagem significativa, a integração entre teoria e prática e o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e operacionais desenvolvidos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

As ações educativas serão planejadas considerando as necessidades identificadas durante a execução dos serviços, os indicadores assistenciais e operacionais, os protocolos institucionais, as atualizações técnico-científicas, as oportunidades de melhoria dos processos de trabalho e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, promovendo o desenvolvimento contínuo das competências necessárias à execução das atividades previstas no Contrato de Gestão.

A metodologia adotada buscará estimular a participação ativa dos profissionais, utilizando estratégias educacionais compatíveis com as características do atendimento pré-hospitalar móvel e com a dinâmica operacional do serviço, favorecendo a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos no cotidiano das atividades assistenciais e operacionais.

As atividades poderão ser desenvolvidas por meio de:

- treinamentos presenciais;
- capacitações em serviço;
- estudos de caso;
- oficinas práticas;
- simulações realísticas;
- reuniões técnicas;
- discussão de protocolos assistenciais e operacionais;

- atividades de integração multiprofissional;
- educação híbrida;
- recursos educacionais digitais;
- outras metodologias compatíveis com os objetivos do programa.

As ações educativas serão organizadas de forma a possibilitar atualização periódica dos profissionais, respeitando a continuidade da assistência e a organização dos serviços, observando o planejamento institucional e as necessidades operacionais do SAMU 192.

Sempre que houver atualização dos protocolos institucionais, alterações normativas, revisão dos fluxos operacionais ou identificação de oportunidades de melhoria decorrentes da avaliação dos processos assistenciais e operacionais, poderão ser realizadas ações específicas de capacitação, garantindo o alinhamento das equipes às diretrizes institucionais.

A efetividade da metodologia será monitorada por meio da participação dos profissionais, avaliações das atividades educativas, acompanhamento dos indicadores institucionais e análise da aplicação prática dos conhecimentos desenvolvidos durante a execução dos serviços, contribuindo para o aperfeiçoamento permanente da assistência prestada e da qualidade dos processos organizacionais.

Plano Anual de Capacitação

O Plano Anual de Capacitação constituirá o instrumento institucional de planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente desenvolvidas no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, integrando as estratégias de qualificação profissional previstas neste Plano de Trabalho.

Sua elaboração observará as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), das normas técnicas aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel e das orientações estabelecidas pela Secretaria Municipal

de Saúde, mantendo alinhamento com os objetivos institucionais e com as metas previstas no Contrato de Gestão.

O planejamento anual será estruturado a partir da análise dos processos assistenciais e operacionais desenvolvidos pelo serviço, considerando, entre outros aspectos:

- indicadores assistenciais e operacionais;
- metas contratuais;
- resultados das auditorias;
- monitoramento dos protocolos institucionais;
- não conformidades identificadas;
- oportunidades de melhoria dos processos de trabalho;
- eventos adversos;
- atualizações técnico-científicas;
- alterações normativas;
- necessidades de capacitação identificadas durante a execução dos serviços;
- demandas apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano Anual contemplará ações educativas relacionadas aos processos desenvolvidos pela Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), pelas Unidades de Suporte Básico (USB), pelas Unidades de Suporte Avançado (USA) e pelos demais componentes operacionais previstos no objeto contratual, observando as especificidades de cada processo de trabalho.

Cada ação de capacitação será formalmente planejada, contendo, sempre que aplicável:

- tema da atividade;
- objetivo;
- conteúdo programático;

- público-alvo;
- metodologia de ensino;
- carga horária;
- cronograma de execução;
- forma de avaliação;
- registros de participação;
- indicadores de acompanhamento.

As atividades poderão compreender treinamentos periódicos, atualizações de protocolos, oficinas práticas, simulações realísticas, estudos de caso, reuniões técnicas e demais estratégias de aprendizagem compatíveis com a organização do serviço, favorecendo a melhoria contínua da qualidade assistencial e operacional.

O acompanhamento do Plano Anual de Capacitação será realizado por meio de indicadores institucionais que permitam monitorar a execução das ações planejadas, a participação dos profissionais, a efetividade das atividades desenvolvidas e sua contribuição para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais e operacionais.

Os registros das atividades educacionais integrarão o Sistema de Gestão da Qualidade da instituição, constituindo evidências da execução das ações de Educação Permanente e subsidiando os processos de monitoramento, avaliação e prestação de contas previstos no Contrato de Gestão.

O Plano Anual será revisado periodicamente, considerando os resultados obtidos, os indicadores institucionais, as necessidades identificadas durante a execução dos serviços e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, o Plano Anual de Capacitação atuará como instrumento permanente de qualificação dos profissionais e fortalecimento dos processos assistenciais e operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –

SAMU 192, contribuindo para a padronização das práticas, a melhoria contínua da qualidade e o atendimento às diretrizes estabelecidas para o **Lote II**.

Cronograma Anual de Capacitações

Com o objetivo de assegurar a qualificação contínua dos profissionais e promover o aperfeiçoamento permanente dos processos assistenciais e operacionais, será implantado o Cronograma Anual de Capacitações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, contemplando ações de Educação Permanente distribuídas ao longo de todo o período contratual.

O cronograma será elaborado em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), com os protocolos institucionais e com as necessidades identificadas durante a execução dos serviços.

A programação anual será construída considerando os indicadores assistenciais e operacionais, as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, os resultados das auditorias, as oportunidades de melhoria identificadas nos processos de trabalho, os eventos adversos, as atualizações técnico-científicas, as alterações normativas e as demandas apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

As ações educativas serão desenvolvidas de forma planejada e contínua, permitindo a atualização periódica dos profissionais envolvidos na Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), nas Unidades de Suporte Básico (USB), nas Unidades de Suporte Avançado (USA) e nos demais processos operacionais previstos no objeto contratual, respeitando as atribuições legais e regulamentares de cada categoria profissional.

O cronograma contemplará capacitações relacionadas aos protocolos assistenciais e operacionais, segurança do paciente, gestão da qualidade, comunicação operacional, atendimento pré-hospitalar móvel, utilização de equipamentos e tecnologias assistenciais, registros institucionais, biossegurança, atualização normativa e demais temas necessários ao

fortalecimento da qualidade da assistência e da eficiência operacional do serviço.

Além das atividades previamente programadas, poderão ser realizadas capacitações extraordinárias sempre que identificadas necessidades decorrentes da atualização de protocolos, implantação de novos processos, mudanças epidemiológicas, alterações legais ou oportunidades de melhoria identificadas durante o monitoramento dos serviços.

A execução do Cronograma Anual de Capacitações será acompanhada por meio de registros formais, listas de presença, avaliações das atividades, monitoramento dos indicadores institucionais e demais mecanismos de acompanhamento previstos no Sistema de Gestão da Qualidade, permitindo avaliar a efetividade das ações educativas e promover o aperfeiçoamento contínuo da Educação Permanente no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

SANTA CASA
de Misericórdia de São Bernardo do Campo

CRONOGRAMA ANUAL DE CAPACITAÇÕES
SAMU 192

EDUCAÇÃO PERMANENTE – QUALIFICAÇÃO CONTÍNUA PARA UM ATENDIMENTO HUMANIZADO, SEGURO E DE QUALIDADE

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR
CUIDADO INTEGRAL, HUMANIZADO E CENTRADO NA PESSOA

MÊS	TEMA PRINCIPAL	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	METODOLOGIA
JAN	Integração Institucional, Fluxos Operacionais e Protocolos do SAMU 192	Integrar as equipes, apresentar fluxos, protocolos e diretrizes institucionais do serviço.	Todos os profissionais	Treinamento e integração
FEV	Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Biossegurança	Fortalecer a cultura de segurança, prevenção de riscos e práticas seguras no atendimento.	Todos os profissionais	Oficina prática
MAR	Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Avaliação Inicial	Atualizar condutas de avaliação, abordagem inicial e prioridades no atendimento.	Equipes assistenciais (USB e USA)	Simulação realística
ABR	Atendimento ao Trauma e Imobilizações	Capacitar para o manejo do trauma e técnicas de imobilização conforme protocolos.	Equipes assistenciais (USB e USA)	Estação prática
MAI	Parada Cardiorrespiratória e Emergências Clínicas	Atualizar o suporte básico e avançado de vida e manejo das principais emergências clínicas.	Equipes assistenciais (USB e USA)	Simulação realística
JUN	Atendimento Pediátrico e Obstétrico	Atualizar condutas no atendimento a crianças e gestantes em situações de urgência.	Equipes assistenciais (USB e USA)	Estudos de caso
JUL	Transporte Seguro do Paciente e Continuidade da Assistência	Padronizar condutas para transporte seguro e cuidados durante o trajeto.	Equipes operacionais e assistenciais	Oficina prática
AGO	Comunicação Operacional, CRMU e Fluxos Assistenciais	Fortalecer a comunicação entre CRMU e equipes móveis e aplicação dos fluxos de regulação.	CRMU, TARM, Rádio Operador e Equipes móveis	Capacitação técnica
SET	Equipamentos, Materiais, Medicamentos e Segurança Operacional	Qualificar o uso seguro de equipamentos, materiais e medicamentos e segurança da cena.	Equipes assistenciais (USB e USA)	Treinamento prático
OUT	Protocolos Operacionais Padronizados (POPs)	Atualizar e reforçar protocolos e POPs institucionais do SAMU 192.	Todos os profissionais	Atualização institucional
NOV	Simulações Integradas de Ocorrências	Treinar respostas integradas em diferentes cenários de urgência e emergência.	Equipes assistenciais e operacionais	Simulação realística
DEZ	Atualização Institucional, Indicadores e Melhoria Contínua	Avaliar resultados, indicadores e planejar melhorias para o próximo ciclo.	Todos os profissionais	Reunião técnica

QUALIFICAÇÃO CONTÍNUA
Desenvolvimento permanente das competências das equipes.

SEGURANÇA DO PACIENTE
Práticas seguras que promovem qualidade e reduzem riscos.

INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES
Fortalecimento da comunicação e do trabalho multidisciplinar.

MELHORIA CONTÍNUA
Monitoramento de resultados e aperfeiçoamento constante.

CUIDADO HUMANIZADO
Atendimento centrado na pessoa e em sua família.

Capacitação em Protocolos Assistenciais do Atendimento Pré-Hospitalar

A capacitação em Protocolos Assistenciais do Atendimento Pré-Hospitalar constitui uma das principais estratégias da Política Institucional de Educação Permanente, tendo como finalidade promover a atualização contínua dos profissionais quanto aos fluxos assistenciais, protocolos clínicos e procedimentos operacionais adotados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

As atividades de capacitação serão planejadas de forma sistemática, considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), os protocolos institucionais, as evidências científicas atualizadas, as necessidades identificadas durante a execução dos serviços e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

As ações educativas contemplarão a atualização periódica dos protocolos assistenciais relacionados às principais situações de urgência e emergência atendidas pelo serviço, favorecendo a padronização das condutas, a melhoria da qualidade assistencial, a segurança do paciente e a integração dos processos desenvolvidos pelas equipes.

Serão abordados conteúdos relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel, avaliação inicial do paciente, estabilização clínica, atendimento às urgências clínicas e traumáticas, suporte básico e avançado à vida, transporte assistido, utilização dos equipamentos e materiais assistenciais, aplicação dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs), registros assistenciais e demais protocolos institucionais adotados durante a execução do Contrato de Gestão.

As capacitações poderão ser desenvolvidas por meio de aulas expositivas, estudos de caso, oficinas práticas, simulações realísticas, treinamentos em serviço, atualização de protocolos e outras metodologias compatíveis com os objetivos da Educação Permanente, permitindo a integração entre teoria e prática e fortalecendo a aplicação dos conhecimentos no cotidiano operacional.

Os resultados das ações educativas serão acompanhados mediante registros institucionais, avaliações das atividades realizadas, monitoramento dos indicadores de desempenho e análise da aplicação dos protocolos assistenciais nos processos de trabalho, contribuindo para a melhoria contínua da assistência prestada.

Capacitação em Regulação Médica das Urgências

A capacitação em Regulação Médica das Urgências será desenvolvida com o objetivo de promover a atualização permanente dos profissionais envolvidos nos processos da Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), fortalecendo a padronização dos fluxos operacionais, a comunicação institucional e a aplicação dos protocolos estabelecidos para o atendimento pré-hospitalar móvel.

As atividades educativas serão direcionadas ao aperfeiçoamento dos processos relacionados ao recebimento das solicitações, registro das ocorrências, utilização dos sistemas institucionais, comunicação operacional entre a Central e as equipes móveis, classificação das demandas conforme os protocolos vigentes, acompanhamento das ocorrências e integração com os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências.

Os conteúdos programáticos serão periodicamente revisados para acompanhar atualizações normativas, revisões dos protocolos institucionais, melhorias dos processos operacionais e necessidades identificadas durante a execução dos serviços, mantendo alinhamento com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

As capacitações utilizarão metodologias participativas, incluindo estudos de caso, análise de ocorrências, oficinas técnicas, simulações de atendimento, treinamentos em serviço e atualização dos fluxos operacionais, permitindo o aperfeiçoamento contínuo dos processos desenvolvidos na Central de Regulação Médica das Urgências.

O monitoramento das ações educativas será realizado por meio dos registros institucionais, indicadores operacionais, avaliações das capacitações e acompanhamento da aplicação prática dos protocolos institucionais,

contribuindo para o fortalecimento da qualidade e da eficiência dos processos regulatórios.

Capacitação Operacional das Equipes (USB e USA)

A capacitação operacional das equipes das Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) será desenvolvida como estratégia permanente de atualização dos processos assistenciais e operacionais, promovendo a padronização das atividades realizadas durante a execução do atendimento pré-hospitalar móvel.

As ações educativas contemplarão conteúdos relacionados aos fluxos operacionais, protocolos institucionais, atendimento às urgências e emergências, utilização dos equipamentos assistenciais, segurança operacional, comunicação com a Central de Regulação Médica das Urgências, registros assistenciais, transporte seguro do paciente, utilização dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) e demais processos previstos no Plano de Trabalho.

As capacitações serão planejadas considerando os indicadores assistenciais, as oportunidades de melhoria identificadas nos processos de trabalho, os eventos adversos, as atualizações técnico-científicas, as alterações normativas e os resultados das avaliações institucionais, promovendo o aperfeiçoamento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Serão utilizadas metodologias compatíveis com a dinâmica operacional do SAMU 192, incluindo treinamento em serviço, oficinas práticas, estações de habilidades, simulações realísticas, estudos dirigidos, atualização de protocolos e reuniões técnicas, favorecendo o desenvolvimento das competências necessárias à execução das atividades previstas no objeto contratual.

A efetividade das ações será monitorada por meio da participação dos profissionais, avaliações das atividades, acompanhamento dos indicadores institucionais e análise dos resultados obtidos na melhoria dos processos assistenciais e operacionais.

Capacitação em Segurança do Paciente

A capacitação em Segurança do Paciente integra as ações permanentes de Educação Permanente e tem como finalidade fortalecer a cultura institucional de qualidade, segurança e gestão de riscos no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

As ações educativas serão desenvolvidas em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com os protocolos institucionais e com as normas aplicáveis ao atendimento pré-hospitalar móvel, contribuindo para a prevenção de incidentes, redução de riscos assistenciais e melhoria contínua dos processos de trabalho.

Os conteúdos abordarão temas relacionados à identificação segura do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais, utilização segura de equipamentos e medicamentos, prevenção de eventos adversos, biossegurança, higienização das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual, transporte seguro do paciente, gestão de riscos, notificação de incidentes e aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, quando compatíveis com a realidade do atendimento pré-hospitalar móvel.

As atividades poderão ser realizadas por meio de treinamentos presenciais, oficinas práticas, simulações realísticas, estudos de caso, campanhas institucionais, atualização de protocolos e demais estratégias de Educação Permanente, permitindo a incorporação dos princípios da segurança do paciente às atividades desenvolvidas pelas equipes.

O acompanhamento das ações será realizado por meio de indicadores institucionais, monitoramento de eventos adversos, análise das não conformidades, avaliação das capacitações e revisão periódica dos protocolos assistenciais e operacionais, fortalecendo a melhoria contínua da qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços.

Integração Multiprofissional

A Integração Multiprofissional constitui um dos pilares da Política Institucional de Educação Permanente, promovendo o fortalecimento da atuação colaborativa entre os profissionais envolvidos na execução do Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, respeitando as competências legais e regulamentares de cada categoria profissional.

As ações de Educação Permanente buscarão fortalecer a articulação entre os processos desenvolvidos na Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), nas Unidades de Suporte Básico (USB), nas Unidades de Suporte Avançado (USA) e nos demais componentes operacionais previstos no objeto contratual, favorecendo a integração dos fluxos assistenciais e operacionais.

A integração entre as equipes será estimulada por meio de treinamentos conjuntos, estudos de caso, oficinas práticas, simulações realísticas, reuniões técnicas, atualização de protocolos institucionais e atividades de discussão dos processos de trabalho, promovendo a comunicação efetiva, a padronização das condutas e o aperfeiçoamento contínuo da assistência prestada.

As atividades educativas serão planejadas considerando as necessidades identificadas durante a execução dos serviços, as oportunidades de melhoria, os indicadores assistenciais e operacionais, os resultados das avaliações institucionais e as atualizações técnico-científicas, contribuindo para o fortalecimento da cultura organizacional e da melhoria contínua da qualidade.

A integração multiprofissional favorecerá o alinhamento entre os diferentes processos de trabalho, ampliando a eficiência operacional, a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado à população.

Avaliação das Competências

A avaliação das competências integra o processo de Educação Permanente e tem como finalidade acompanhar o desenvolvimento técnico dos profissionais envolvidos na execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, subsidiando o planejamento das ações de capacitação e o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e operacionais.

A avaliação será realizada durante as atividades educativas, considerando aspectos relacionados à participação, assimilação dos conteúdos, aplicação dos protocolos institucionais, desempenho nas atividades práticas,

integração aos processos de trabalho e utilização das diretrizes estabelecidas para o atendimento pré-hospitalar móvel.

Poderão ser utilizados diferentes instrumentos de avaliação, de acordo com a natureza das atividades desenvolvidas, tais como avaliações teóricas, exercícios práticos, estudos de caso, participação em simulações realísticas, observação durante treinamentos em serviço, listas de verificação, registros das atividades e demais mecanismos compatíveis com a metodologia adotada.

Os resultados obtidos serão utilizados para identificar oportunidades de aperfeiçoamento, subsidiar o planejamento das futuras ações de Educação Permanente e promover a atualização contínua dos conteúdos programáticos, contribuindo para o fortalecimento da qualidade assistencial e da segurança dos processos institucionais.

Indicadores da Educação Permanente

O Programa de Educação Permanente será acompanhado por indicadores institucionais que possibilitem avaliar a execução das ações educativas, a participação dos profissionais e a efetividade das estratégias de capacitação implementadas no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

O monitoramento sistemático dos indicadores permitirá identificar oportunidades de melhoria, subsidiar o planejamento das capacitações futuras e fortalecer o processo de melhoria contínua dos serviços.

Os principais indicadores institucionais contemplarão o cumprimento do Cronograma Anual de Capacitações, a participação dos profissionais nas ações educativas, a frequência às atividades programadas, a avaliação da aprendizagem, a avaliação de reação dos participantes, a atualização dos protocolos institucionais, a realização de simulações e treinamentos práticos e a manutenção dos registros das ações educativas.

Os indicadores serão periodicamente analisados para acompanhar a efetividade das ações de Educação Permanente, subsidiando a revisão do planejamento anual e promovendo o aperfeiçoamento contínuo do Programa.

Registro e Comprovação das Capacitações

Todas as ações desenvolvidas no âmbito do Programa Institucional de Educação Permanente serão formalmente registradas, garantindo a rastreabilidade das atividades realizadas, a organização das informações e a comprovação da execução das capacitações previstas neste Plano de Trabalho.

A documentação institucional compreenderá a programação das capacitações, os cronogramas de execução, os conteúdos programáticos, as listas de presença, os materiais didáticos utilizados, os instrumentos de avaliação, os resultados obtidos, os certificados ou declarações de participação quando aplicáveis, os relatórios das atividades desenvolvidas e demais documentos que evidenciem a realização das ações educativas.

Os registros integrarão o Sistema de Gestão da Qualidade da instituição, permanecendo organizados para fins de monitoramento, auditoria, fiscalização, avaliação institucional e prestação de contas, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O acompanhamento sistemático dessa documentação permitirá verificar o cumprimento do Plano Anual de Capacitação, subsidiar a atualização contínua do Programa de Educação Permanente e demonstrar a execução das ações voltadas ao desenvolvimento permanente dos profissionais envolvidos na prestação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Projeto Complementar de Educação em Saúde

Como estratégia complementar de fortalecimento da educação em saúde e da integração entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, a Rede Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e a comunidade, poderão ser desenvolvidas ações educativas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e utilização adequada dos serviços de urgência e emergência, observadas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, o planejamento institucional e as prioridades assistenciais estabelecidas para o Contrato de Gestão.

As atividades terão caráter educativo, preventivo e informativo, buscando ampliar o conhecimento da população sobre o funcionamento do SAMU 192, os

critérios para acionamento do serviço, o reconhecimento precoce de situações de urgência e emergência, a prevenção de acidentes, as medidas iniciais de segurança até a chegada da equipe de atendimento e a importância da utilização responsável da Rede de Atenção às Urgências.

As ações poderão ser desenvolvidas em escolas, instituições públicas, organizações da sociedade civil, equipamentos municipais e demais espaços previamente definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio de palestras, oficinas educativas, demonstrações práticas, simulações, campanhas institucionais, distribuição de materiais educativos e outras metodologias compatíveis com os objetivos de educação em saúde.

Sempre que pertinente, as atividades poderão ser realizadas em articulação com os demais componentes da Rede Municipal de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços, a continuidade do cuidado e a promoção da cultura de prevenção, cidadania e responsabilidade social.

A execução dessas ações observará a disponibilidade operacional do serviço, não comprometendo a continuidade do atendimento assistencial prestado pelo SAMU 192, sendo planejada de forma compatível com as necessidades operacionais e com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os resultados das ações poderão ser acompanhados por meio de registros institucionais, indicadores de participação, avaliação das atividades educativas e monitoramento do alcance das iniciativas, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde, da participação social e da melhoria contínua da qualidade dos serviços.

8 E3- IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

A implantação dos serviços será conduzida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo de forma planejada, estruturada e progressiva, observando as diretrizes estabelecidas no Termo de

Referência, as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção às Urgências, as regulamentações do Ministério da Saúde e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

O processo de implantação compreenderá a organização dos componentes assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio necessários ao pleno funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), assegurando a estruturação dos serviços, a definição dos processos de trabalho, a padronização das rotinas institucionais, a qualificação das equipes e a integração entre a Central de Regulação das Urgências, as unidades móveis e os demais pontos da Rede de Atenção às Urgências.

A Organização Social promoverá a implantação dos serviços com base em metodologia orientada por processos, contemplando a elaboração e implementação de manuais, protocolos, normas, fluxos operacionais, procedimentos padronizados, mecanismos de monitoramento e instrumentos de controle, garantindo uniformidade na execução das atividades, segurança do paciente, eficiência operacional e conformidade com as exigências contratuais e legais.

A estruturação dos serviços será acompanhada por ações permanentes de supervisão, monitoramento e avaliação, permitindo a identificação de oportunidades de aperfeiçoamento, a atualização dos processos institucionais e a adoção de medidas voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial e da gestão operacional.

Os itens apresentados neste capítulo descrevem as propostas para implantação dos principais componentes organizacionais do serviço, contemplando os processos assistenciais, os fluxos operacionais, a organização dos serviços de apoio e os instrumentos técnicos necessários para assegurar a adequada execução do objeto contratual, contribuindo para a oferta de um atendimento pré-hospitalar móvel seguro, resolutivo, integrado e alinhado às necessidades da população do Município de Ferraz de Vasconcelos.

8.1 A. Proposta de Manual de Normas e Rotinas

✓ Descrição dos Processos Assistenciais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará os processos assistenciais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de forma estruturada, padronizada e integrada abrangendo todas as etapas do atendimento pré-hospitalar móvel, desde a recepção da chamada até a transferência do paciente para a unidade de referência adequada, assegurando continuidade do cuidado, segurança assistencial e resposta oportuna às situações de urgência e emergência.

O processo assistencial terá início na Central de Regulação das Urgências, onde será realizado o acolhimento das chamadas, a escuta qualificada, a classificação de risco e a definição da resposta assistencial mais adequada a cada ocorrência. Sob responsabilidade do médico regulador, serão

estabelecidas as condutas iniciais, incluindo orientações por telefone, o acionamento de Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), bem como o encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção às Urgências, conforme a gravidade e a necessidade clínica identificada.

Na sequência, as equipes móveis serão acionadas conforme a tipologia da ocorrência, sendo compostas por profissionais da Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA) e demais recursos operacionais disponíveis. Essas equipes realizarão o atendimento in loco, executando avaliação clínica inicial, estabilização do paciente, intervenções terapêuticas imediatas e preparo para transporte seguro, sempre em conformidade com os protocolos assistenciais vigentes e com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Durante o atendimento, será assegurada comunicação contínua entre a equipe de campo e a Central de Regulação, permitindo a atualização permanente do quadro clínico do paciente, a reavaliação das condutas quando necessário e a organização prévia do destino hospitalar mais adequado, considerando a complexidade do caso e a disponibilidade da rede assistencial.

O transporte inter-hospitalar ou para unidades de referência será realizado de forma segura, com monitoramento contínuo do paciente e manutenção das condições clínicas até a entrega formal à equipe receptora. Esse processo incluirá a passagem estruturada de informações assistenciais, garantindo a continuidade do cuidado e a rastreabilidade de todas as intervenções realizadas.

Após a finalização do atendimento, será assegurada a adequada documentação de todas as etapas nos sistemas de regulação e registro do SAMU, incluindo dados clínicos, procedimentos realizados, tempos-resposta e desfechos, permitindo o monitoramento contínuo de indicadores de desempenho, a avaliação da qualidade assistencial e a identificação de oportunidades de melhoria.

Dessa forma, os processos assistenciais do SAMU 192 serão estruturados de maneira integrada, contínua e protocolar pela Organização Social contratada, assegurando eficiência operacional, segurança do paciente e

alinhamento integral às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde.

- ✓ Fluxos de Trabalho

Os fluxos de trabalho serão organizados de forma a assegurar a continuidade, a integração e a resolutividade da assistência prestada no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, os protocolos do Ministério da Saúde e as responsabilidades assumidas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

O atendimento compreenderá o fluxo regulatório inicial, iniciado na Central de Regulação das Urgências, onde será realizada a recepção das chamadas, a escuta qualificada, a classificação de risco e a definição da resposta assistencial adequada, com acionamento das equipes móveis conforme a gravidade e a natureza da ocorrência. Na sequência, será estabelecida a mobilização das Unidades de Suporte Básico (USB) e das Unidades de Suporte Avançado (USA), bem como demais recursos operacionais disponíveis, garantindo a pronta resposta às situações de urgência e emergência.

Durante o atendimento em campo, será assegurada a execução do fluxo assistencial in loco, compreendendo avaliação clínica inicial, estabilização do paciente, intervenções terapêuticas imediatas, monitoramento contínuo e preparação para transporte seguro, sempre em articulação permanente com a Central de Regulação. O destino do paciente será definido de forma regulada, considerando critérios clínicos, disponibilidade de leitos e complexidade assistencial, garantindo a adequada inserção na Rede de Atenção às Urgências. As atividades assistenciais serão executadas pelas equipes multiprofissionais designadas, compostas por médicos reguladores e intervencionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, organizadas de forma hierarquizada e integrada. Essas equipes atuarão de maneira coordenada,

observando protocolos assistenciais vigentes, fluxos operacionais padronizados e diretrizes institucionais, assegurando eficiência, segurança do paciente e continuidade do cuidado em todas as etapas do atendimento.

Após a finalização do atendimento, será realizado o fluxo de encerramento operacional, incluindo registro completo das informações assistenciais nos sistemas oficiais, documentação dos procedimentos realizados, tempos-resposta e desfechos clínicos, permitindo o monitoramento de indicadores de desempenho, a avaliação da qualidade assistencial e a melhoria contínua dos processos de trabalho.

Dessa forma, os fluxos de trabalho serão estruturados de maneira padronizada, integrada e contínua, garantindo organização operacional eficiente, resposta assistencial qualificada e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

✓ Responsabilidades da Equipes

As responsabilidades das equipes serão distribuídas de forma estruturada e hierarquizada, em conformidade com a organização operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando a execução contínua, oportuna e qualificada das atividades de atendimento pré-hospitalar móvel, regulação médica e suporte às ocorrências de urgência e emergência.

Nesse contexto, cada equipe atuará de acordo com suas atribuições específicas, respeitando os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde, as diretrizes de regulação médica das urgências, os fluxos operacionais de despacho e atendimento, bem como as normas técnicas vigentes. A atuação será integrada entre a Central de Regulação das Urgências, as equipes de suporte básico e avançado de vida, motolâncias, quando disponíveis, e demais recursos operacionais, garantindo resposta rápida, coordenação eficiente e continuidade do cuidado desde o primeiro contato com o usuário até a referência adequada na rede assistencial.

O modelo operacional, ilustrado na tabela abaixo, será sustentado por equipes multiprofissionais compatíveis com o dimensionamento técnico previsto no Termo de Referência, incluindo médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores socorristas e demais profissionais necessários à plena execução dos serviços. Essa estrutura assegurará a cobertura ininterrupta dos atendimentos, 24 horas por dia, todos os dias da semana, com adequada distribuição de recursos humanos e operacionais, visando à redução do tempo-resposta e à qualificação da assistência prestada.

Matriz de Responsabilidades e Composição por Categoria Profissional – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos

CATEGORIA PROFISSIONAL	DESCRIÇÃO DO CARGO / RESPONSABILIDADES
Coordenador Geral do Serviço	Gerenciar a operação global do serviço, assegurando qualidade assistencial e cumprimento de metas. Planejar, organizar e supervisionar equipes multiprofissionais. Articular com gestores públicos e rede de saúde. Monitorar indicadores de desempenho e implementar melhorias contínuas. Garantir conformidade com normas institucionais e regulatórias.
Coordenador Médico	Coordenar e supervisionar a equipe médica. Garantir adesão a protocolos clínicos e diretrizes assistenciais. Apoiar discussões de casos complexos. Integrar fluxos com rede de atenção à saúde. Promover educação médica continuada e segurança do paciente.
Coordenador de Enfermagem	Planejar e supervisionar a equipe de enfermagem. Garantir qualidade da assistência e cumprimento de protocolos. Organizar escalas, capacitações e rotinas assistenciais. Monitorar indicadores de enfermagem e segurança do paciente.
Supervisor de Frota	Gerenciar frota de veículos assistenciais. Controlar manutenção preventiva e corretiva. Garantir disponibilidade operacional dos veículos. Monitorar documentação, abastecimento e segurança dos condutores e pacientes transportados.
Médico Regulador	Regular acesso aos serviços de urgência e emergência. Avaliar prioridade dos atendimentos conforme risco clínico. Definir encaminhamentos e recursos assistenciais. Garantir integração entre unidades e continuidade do cuidado.
Médico Interventor	Realizar atendimento em campo e suporte avançado de vida. Executar intervenções clínicas em situações de urgência. Estabilizar pacientes críticos e orientar remoção segura. Registrar ocorrências e evoluções clínicas.
Enfermeiro (Núcleo de Educação Permanente – NEP)	Planejar e executar ações de educação permanente. Capacitar equipes assistenciais e administrativas. Avaliar desempenho técnico e promover atualização contínua. Apoiar implantação de protocolos institucionais.
Enfermeiro Assistencial	Prestar assistência direta ao paciente. Coordenar equipe de enfermagem no cuidado diário. Garantir execução de protocolos assistenciais. Realizar avaliação, evolução e registro de enfermagem.
Auxiliar de Enfermagem	Executar cuidados básicos sob supervisão. Auxiliar em higiene, conforto e mobilização do paciente. Apoiar administração de cuidados conforme orientação da enfermagem. Manter organização do ambiente assistencial.
Técnico de Enfermagem	Realizar procedimentos de enfermagem conforme prescrição. Administrar medicamentos e monitorar sinais vitais. Auxiliar em procedimentos assistenciais e emergenciais. Registrar informações clínicas.
Condutor de Véículo de Urgência	Conduzir ambulâncias com segurança e responsabilidade. Auxiliar equipe no atendimento pré-hospitalar. Verificar condições do veículo e equipamentos. Cumprir protocolos de transporto de pacientes críticos.
Técnico de Regulação Médica (TARM)	Atender chamadas de emergência. Coletar informações e classificar ocorrências. Registrar dados no sistema de regulação. Orientar usuários e acionar recursos adequados.
Rádio Operador	Operar sistemas de comunicação e radiotransmissão. Garantir fluxo de informações entre equipes. Registrar ocorrências e manter comunicação contínua com unidades móveis.
Auxiliar Administrativo	Executar atividades administrativas de apoio. Organizar documentos, registros e arquivos. Apoiar rotinas operacionais e atendimento ao público interno.
Assistente Administrativo	Apoiar gestão administrativa da unidade. Elaborar relatórios e planilhas. Controlar agendas, processos e documentos institucionais. Auxiliar em compras e contratos.
Auxiliar de Serviços Gerais	Realizar limpeza e organização dos ambientes. Garantir higiene hospitalar e apoio operacional. Controlar materiais de limpeza e descarte adequado de resíduos.
Farmacêutico	Gerenciar estoque e dispensação de medicamentos. Controlar validade e armazenamento. Garantir uso racional de medicamentos. Orientar equipe sobre normas sanitárias e segurança medicamentosa.
Enfermeiro Motolância	Atuar em atendimento pré-hospitalar rápido em motocicleta de emergência. Realizar avaliação inicial e suporte básico/avançado conforme protocolo. Auxiliar na estabilização e encaminhamento de pacientes. Garantir segurança operacional do atendimento.

Fonte: Elaboração própria. (2026)

Adicionalmente, caberá às equipes a observância rigorosa dos protocolos clínicos de urgência e emergência, a correta operação dos sistemas de regulação e registro das ocorrências, bem como a comunicação efetiva entre a Central de Regulação e as unidades móveis. Também serão responsabilidades a identificação precoce de situações de risco, a classificação adequada de prioridade, a notificação de eventos adversos, a participação em treinamentos contínuos e a incorporação de práticas baseadas em evidências para melhoria permanente da qualidade assistencial.

Dessa forma, a organização das responsabilidades no âmbito do SAMU 192 fundamenta-se na integração entre regulação, atendimento pré-hospitalar e rede assistencial de referência, garantindo um modelo de resposta ágil, seguro, resolutivo e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde, com foco na preservação da vida, redução de sequelas e qualificação do cuidado em situações de urgência e emergência.

- ✓ Procedimentos Padronizados

Os procedimentos padronizados serão desenvolvidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e com as obrigações previstas no Termo de Referência, assegurando uniformidade na execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) integrante do contrato. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo possui processos assistenciais institucionalmente padronizados Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS, desenvolvidos para garantir a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a qualidade da resposta assistencial em situações de urgência e emergência. Após a assinatura do Contrato de Gestão, esses processos serão revisados, atualizados e adequados às diretrizes, protocolos, normas, rotinas e fluxos

estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contemplando integralmente as especificidades do atendimento pré-hospitalar móvel previstas no Termo de Referência.

A padronização compreenderá a execução das atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais do SAMU 192, observando as atribuições de cada categoria profissional prevista no dimensionamento, bem como a organização dos serviços entre a Central de Regulação das Urgências, Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais recursos operacionais disponíveis. Os atendimentos serão realizados de forma integrada entre médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, assegurando atuação coordenada, resposta rápida e continuidade assistencial em toda a rede de urgência.

Os procedimentos assistenciais serão executados conforme os protocolos Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS, normas técnicas, diretrizes, rotinas e fluxos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e pelo Ministério da Saúde, garantindo a uniformidade dos atendimentos, a padronização das condutas clínicas, a segurança do paciente e a integração entre os diversos pontos da Rede de Atenção às Urgências.

Os processos assistenciais compreenderão todas as etapas relacionadas ao atendimento pré-hospitalar móvel, desde o recebimento da chamada na Central de Regulação, a classificação de risco, o acionamento das equipes, o atendimento em campo, a estabilização do paciente, o transporte seguro até a unidade de referência e a entrega formal da assistência, assegurando a continuidade do cuidado.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo padronizará os registros das atividades assistenciais nos sistemas de informação utilizados pelo Município, assegurando a fidedignidade das informações, a rastreabilidade dos atendimentos, o registro adequado dos tempos-resposta, a consolidação dos dados assistenciais e o atendimento às exigências de monitoramento, auditoria e prestação de contas previstas no contrato.

As rotinas operacionais do SAMU 192 contemplarão os Procedimentos Padronizados, os quais organizarão o funcionamento da Central de Regulação e das unidades móveis, a distribuição das equipes, o acionamento dos recursos, a comunicação operacional entre central e campo, o gerenciamento dos atendimentos, o encaminhamento dos pacientes aos serviços de referência quando indicado e a articulação permanente com a Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, garantindo eficiência, segurança e resolutividade na execução do objeto contratual.

- ✓ Mecanismos de controle

Os mecanismos de controle serão implementados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo com o objetivo de assegurar a conformidade dos processos assistenciais e operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, às normativas do Ministério da Saúde e às obrigações estabelecidas no Termo de Referência.

O controle será realizado por meio da definição de indicadores de desempenho assistencial, operacional e administrativo, contemplando tempos-resposta, taxa de atendimento, conformidade de protocolos, desfechos assistenciais e qualidade do registro das informações. Serão estabelecidos instrumentos de auditoria interna, análise de prontuários e relatórios operacionais, além de rotinas de supervisão direta das equipes em campo e na Central de Regulação.

A Instituição também realizará controle sistemático da disponibilidade de recursos humanos, insumos, viaturas e equipamentos, assegurando a continuidade operacional do serviço e a pronta resposta às demandas de urgência e emergência. Todos os dados coletados subsidiarão a tomada de decisão gerencial e a correção de não conformidades identificadas.

- ✓ Monitoramento e atualização

O monitoramento e a atualização dos processos assistenciais e operacionais serão realizados de forma contínua pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, garantindo a melhoria permanente da qualidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Serão implantados sistemas de monitoramento em tempo real das ocorrências, dos tempos de resposta e da atuação das equipes, permitindo análise contínua da eficiência operacional e da qualidade assistencial. A Instituição realizará reuniões periódicas de avaliação de desempenho, com base em indicadores previamente estabelecidos, promovendo a identificação de fragilidades e a implementação de planos de ação corretivos e preventivos.

Os protocolos, fluxos e procedimentos padronizados serão revisados periodicamente ou sempre que houver atualização normativa do Ministério da Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando aderência às melhores práticas assistenciais e à evolução das diretrizes técnicas vigentes.

- ✓ Estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência

As estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência serão estruturadas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo com foco na consolidação de um modelo assistencial integrado, resolutivo e orientado por evidências no âmbito do SAMU 192.

A organização dos serviços será baseada na hierarquização dos fluxos assistenciais, na definição clara de responsabilidades por categoria profissional e na integração entre a Central de Regulação das Urgências e as equipes móveis, assegurando coordenação eficiente das respostas às ocorrências.

A qualidade assistencial será garantida por meio da adoção de protocolos clínicos padronizados, educação permanente das equipes, supervisão técnica contínua e avaliação sistemática dos indicadores de desempenho.

A segurança do paciente será assegurada pela aplicação rigorosa de protocolos de atendimento pré-hospitalar, identificação precoce de riscos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, gestão de eventos adversos e práticas de comunicação segura entre as equipes.

A eficiência operacional será promovida por meio da otimização dos recursos disponíveis, adequada gestão de frota e insumos, redução de tempos-resposta, uso de sistemas informatizados de regulação e monitoramento contínuo da produtividade e da resolutividade dos atendimentos.

A Proposta do Manual de Normas, Rotinas e Protocolos Operacionais da Enfermagem, documento institucional que reúne as diretrizes técnicas e operacionais para a organização da assistência, padronização das rotinas e qualificação dos processos de trabalho das equipes de enfermagem, encontra-se integralmente no **Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS.**

Proposta de Manual de Normas e Rotinas SAMU
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

PREÂMBULO

Instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações no ambiente de trabalho. Normas – conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos, métodos, organização, que são utilizados no desenvolvimento das atividades.

Base Legal

O presente Manual de Normas e Rotinas Administrativas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 está fundamentado na legislação federal, normas regulamentadoras, atos infralegais, regulamentos institucionais e demais instrumentos jurídicos aplicáveis à gestão dos serviços públicos de urgência e emergência, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, segurança do paciente e melhoria contínua.

Constituem, entre outras, as principais referências normativas:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

- Artigos 6º e 196 a 200, que asseguram a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamentando a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como as competências dos entes federativos.

Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

Estabelece normas para o tratamento de dados pessoais, inclusive dados sensíveis relativos à saúde, garantindo a proteção da privacidade, da confidencialidade e da segurança das informações dos usuários e colaboradores.

Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação trabalhista complementar aplicável à gestão de pessoas, relações de trabalho, medicina e segurança do trabalho.

Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecendo diretrizes para organização, funcionamento e estruturação dos serviços de urgência, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017

Consolida as normas sobre as Redes de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), definindo sua organização, componentes e responsabilidades.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017

Consolida as normas relativas ao financiamento e à transferência de recursos federais destinados às ações e serviços públicos de saúde, incluindo os serviços de urgência e emergência.

Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)

Institui as diretrizes para organização da Rede de Atenção às Urgências, disciplinando a integração dos serviços pré-hospitalares móveis, unidades de urgência, hospitais e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

Estabelece diretrizes para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, incluindo prevenção de riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e de acidentes.

Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Aplicam-se todas as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), Instruções Normativas e demais atos vigentes relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde, gerenciamento de resíduos, processamento de produtos para saúde, controle de infecção, armazenamento de medicamentos, segurança sanitária e demais matérias pertinentes ao SAMU.

Código de Ética e Normas dos Conselhos Profissionais

Aplicam-se os Códigos de Ética e as normas expedidas pelos Conselhos Federais e Regionais competentes, especialmente:

- Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);
- Conselho Federal de Farmácia (CFF);
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);
- Conselho Federal de Psicologia (CFP);
- Conselho Federal de Nutrição (CFN);
- Conselho Federal de Biomedicina (CFBM);
- demais conselhos profissionais aplicáveis.

Normas do Ministério da Saúde

São observadas todas as notas técnicas, manuais, protocolos assistenciais, diretrizes clínicas, cadernos técnicos e demais atos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde relacionados ao funcionamento do SAMU 192, da Central de Regulação Médica das Urgências e da Rede de Atenção às Urgências.

Contrato de Gestão, Termo de Referência e Edital de Chamamento Público

Aplicam-se as disposições específicas constantes do Contrato de Gestão, seus anexos, metas quantitativas e qualitativas, indicadores de desempenho, Termo de Referência, Edital de Chamamento Público e demais instrumentos celebrados com o Poder Público.

Estatuto Social e Regulamentos Internos da Organização Social

Aplicam-se o Estatuto Social, Regimento Interno, Código de Ética e Conduta, Política de Compliance, Política de Integridade, Política de Gestão de Pessoas, Regulamento de Compras e Contratações, Regulamento Financeiro, Regulamento Patrimonial, Política de Segurança da Informação, Política de Proteção de Dados e demais normas internas vigentes.

Demais Normas Aplicáveis

Este Manual observará ainda toda legislação federal, estadual e municipal superveniente, bem como normas técnicas, regulatórias e administrativas que venham a disciplinar o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, prevalecendo sempre a norma mais específica e a legislação vigente à época de sua aplicação.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo o principal componente da assistência pré-hospitalar móvel

destinado ao atendimento de situações agudas que demandam resposta rápida, qualificada e regulada.

Sua finalidade é prestar assistência imediata às pessoas acometidas por agravos clínicos, traumáticos, obstétricos, pediátricos, psiquiátricos ou outras condições que representem risco iminente à vida, minimizando complicações, reduzindo sequelas e aumentando as possibilidades de recuperação por meio da intervenção precoce.

O serviço funciona de forma ininterrupta, vinte e quatro horas por dia, durante todos os dias do ano, sendo acionado gratuitamente pelo número nacional **192**, por intermédio da Central de Regulação das Urgências, responsável por avaliar cada solicitação, classificar o grau de prioridade, orientar o solicitante e mobilizar o recurso assistencial mais adequado à ocorrência.

A organização do SAMU fundamenta-se na integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, atuando como elemento estratégico de articulação entre a Atenção Primária, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, serviços especializados e demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, garantindo que o paciente seja encaminhado ao estabelecimento mais apropriado às suas necessidades clínicas.

Além da assistência direta à população, o serviço exerce papel essencial na coordenação dos fluxos assistenciais, promovendo a adequada utilização dos recursos disponíveis, evitando deslocamentos desnecessários, reduzindo a sobrecarga das unidades hospitalares e assegurando maior eficiência na resposta às urgências.

A Central de Regulação Médica representa o núcleo técnico-operacional do sistema, realizando a análise clínica das ocorrências, definindo prioridades de atendimento, determinando o tipo de unidade móvel a ser empregada e estabelecendo o destino mais adequado para cada paciente, sempre observando critérios técnicos, protocolos assistenciais e disponibilidade da rede.

O modelo assistencial proposto será desenvolvido em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, observando as disposições da **Lei nº 8.080/1990**, da **Lei nº 8.142/1990**, da **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017**, da **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017**, da **Política**

Nacional de Atenção às Urgências e das demais normas aplicáveis à assistência pré-hospitalar móvel.

A prestação dos serviços será orientada pelos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, assegurando atendimento universal, integral, equânime, humanizado e resolutivo, respeitando a dignidade da pessoa, a segurança do paciente, a ética profissional e o acesso oportuno aos serviços de saúde.

Modelo Operacional

A execução do serviço será estruturada mediante atuação integrada entre a Central de Regulação Médica das Urgências e as equipes operacionais, garantindo fluxo contínuo desde o recebimento da chamada até a conclusão do atendimento.

As solicitações recebidas pelo telefone 192 serão inicialmente acolhidas pelos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), que realizarão o registro das informações essenciais da ocorrência. Na sequência, o Médico Regulador procederá à avaliação técnica do caso, definindo a prioridade clínica, orientando o solicitante quando necessário e determinando o envio do recurso móvel mais adequado.

As equipes de atendimento atuarão conforme protocolos clínicos e operacionais padronizados, realizando avaliação inicial, estabilização do paciente, intervenções compatíveis com sua competência técnica e transporte seguro até a unidade assistencial indicada pela Central de Regulação.

Toda a operação será apoiada por sistemas informatizados de gestão, radiocomunicação, georreferenciamento das viaturas e monitoramento em tempo real, permitindo maior agilidade operacional, rastreabilidade das ocorrências e otimização dos recursos disponíveis.

Integração com a Rede Municipal de Saúde

O Instituto promoverá atuação plenamente integrada com toda a Rede Municipal de Atenção à Saúde de Ferraz de Vasconcelos, estabelecendo fluxos permanentes de comunicação entre o SAMU, Atenção Primária, Unidades

Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento, hospitais de referência, serviços especializados, Central de Regulação e demais equipamentos assistenciais.

Essa integração permitirá maior continuidade do cuidado, redução do tempo de resposta, melhor utilização dos leitos disponíveis e ampliação da resolutividade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Objetivo

O presente Protocolo de Normas e Rotinas Operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos tem por finalidade estabelecer diretrizes, padronizar procedimentos operacionais e orientar a atuação das equipes multiprofissionais envolvidas na prestação da assistência pré-hospitalar móvel.

Este documento busca assegurar a uniformidade dos processos de trabalho, promover a integração entre os profissionais, fortalecer a qualidade assistencial e garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas em conformidade com a legislação vigente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção às Urgências, os protocolos do Ministério da Saúde e as normas institucionais adotadas pelo Município.

Constituem objetivos específicos deste Protocolo:

- padronizar os fluxos operacionais e assistenciais do serviço;
- orientar a execução das atividades desempenhadas pelas equipes do SAMU 192;
- estabelecer responsabilidades e atribuições dos profissionais;
- promover a segurança do paciente e dos colaboradores;
- assegurar atendimento humanizado, eficiente e baseado em evidências científicas;
- fortalecer a integração entre a Central de Regulação Médica das Urgências e os demais componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados;

- subsidiar programas permanentes de capacitação, avaliação e desenvolvimento profissional das equipes.

As disposições constantes neste Protocolo aplicam-se a todos os profissionais, empregados, gestores, prestadores de serviços e colaboradores que atuem direta ou indiretamente no **SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos**, independentemente do vínculo jurídico mantido com a instituição gestora, sendo de observância obrigatória no exercício de suas atividades.

O cumprimento das normas aqui estabelecidas visa garantir elevado padrão técnico-assistencial, uniformidade na prestação dos serviços, ética profissional, disciplina operacional, segurança dos usuários e melhoria contínua dos resultados assistenciais, contribuindo para uma gestão eficiente e alinhada aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, eficiência e humanização que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Governança

O presente Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos constitui instrumento institucional destinado à padronização dos processos administrativos, operacionais e assistenciais desenvolvidos no âmbito do serviço.

Sua elaboração tem como finalidade estabelecer diretrizes para organização das atividades, definir responsabilidades, uniformizar procedimentos, disciplinar fluxos de trabalho e promover a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada à população.

O Manual representa importante ferramenta de gestão, orientando a atuação dos profissionais, fortalecendo a governança institucional, assegurando conformidade com a legislação vigente e promovendo maior eficiência na utilização dos recursos públicos.

As normas aqui estabelecidas deverão ser observadas por todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente no SAMU 192, independentemente da categoria profissional ou da natureza do vínculo contratual.

Este documento integra o sistema de gestão da qualidade da Organização Social responsável pela administração do serviço, sendo passível de revisão periódica, sempre que houver alterações legais, normativas, operacionais ou assistenciais.

Campo de Aplicação

O presente Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos aplica-se a todas as unidades, setores, serviços, equipes e profissionais que integram a estrutura organizacional do SAMU, abrangendo as atividades administrativas, operacionais, assistenciais e de apoio desenvolvidas no âmbito do Contrato de Gestão.

As disposições estabelecidas neste Manual possuem caráter normativo e são de observância obrigatória por todos os colaboradores que atuam direta ou indiretamente na prestação dos serviços, independentemente da natureza do vínculo jurídico mantido com a Organização Social gestora, devendo orientar a execução das atividades, a padronização dos processos de trabalho, o cumprimento das atribuições funcionais e a observância dos princípios legais, éticos e institucionais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Estão abrangidos por este Manual a **Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU)**, as **Bases Operacionais**, as **Unidades de Suporte Básico de Vida (USB)**, as **Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA)**, os veículos de apoio, quando existentes, bem como todos os setores administrativos e assistenciais que compõem a estrutura do serviço, incluindo Coordenação Geral, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Coordenação Administrativa, Supervisão Operacional, Supervisão de Frota, Núcleo de Educação Permanente (NEP), Recursos Humanos, Farmácia, Almoxarifado, Tecnologia da Informação, Patrimônio, Manutenção, SESMT e demais áreas de apoio.

O Manual aplica-se igualmente aos médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores de veículos de urgência, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), rádio-

operadores, farmacêuticos, profissionais administrativos, profissionais de apoio, equipes terceirizadas, prestadores de serviços, residentes, estagiários e demais colaboradores formalmente autorizados a atuar no SAMU 192.

As normas aqui previstas abrangem todas as atividades relacionadas à regulação médica das urgências, atendimento pré-hospitalar móvel, transporte sanitário regulado, gestão administrativa, gestão de pessoas, logística de materiais e medicamentos, manutenção da frota e dos equipamentos, segurança do paciente, educação permanente, gestão da qualidade, gestão de riscos, controle documental, proteção de dados pessoais e demais processos necessários ao funcionamento do serviço.

O cumprimento deste Manual constitui dever funcional de todos os profissionais vinculados ao SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos, sendo sua observância indispensável para garantir a uniformidade dos procedimentos, a qualidade da assistência, a segurança dos usuários e dos trabalhadores, a eficiência operacional e o atendimento às metas e obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão, no Edital de Chamamento Público, no Termo de Referência e na legislação aplicável.

ROTINA ADMINISTRATIVA, SERVIÇOS DE APOIO E LOGÍSTICA
GESTÃO DE ESTOQUES DAS BASES OPERACIONAIS

Objetivo

Estabelecer diretrizes para o controle, reposição, recebimento, conferência e organização dos materiais, medicamentos e insumos disponíveis nas Bases Operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos, garantindo a continuidade da assistência, a disponibilidade dos recursos e a segurança operacional das equipes.

Abrangência

Esta rotina aplica-se a todas as Bases Operacionais do SAMU 192 e envolve os profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos materiais e equipamentos utilizados durante a assistência pré-hospitalar móvel.

Responsáveis

Compete aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Condutores de Veículos de Urgência e demais profissionais designados pela Coordenação assegurar o cumprimento desta rotina, observadas as atribuições específicas de cada categoria profissional.

Fluxo Operacional da Gestão de Estoques

O processo de gestão de estoques das Bases Operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 observará o fluxo operacional abaixo, garantindo padronização das atividades, rastreabilidade dos materiais, controle de estoque e continuidade da assistência.

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1. Verificação dos estoques

No início de cada plantão, ou sempre que houver necessidade operacional, o profissional responsável deverá realizar a conferência dos

materiais, medicamentos e insumos existentes na ambulância e na Base Operacional, verificando a quantidade disponível, integridade das embalagens, condições de armazenamento, validade dos produtos e funcionamento dos equipamentos.

A conferência deverá observar a relação padronizada de materiais estabelecida pela Coordenação do SAMU, assegurando que todos os recursos necessários ao atendimento estejam disponíveis antes do início das atividades.

2. Solicitação de reposição

Identificada a necessidade de reposição de materiais, medicamentos ou equipamentos, o profissional responsável deverá formalizar a solicitação por meio do sistema informatizado institucional ou do formulário próprio definido pela Coordenação.

A requisição deverá conter a identificação do solicitante, da Base Operacional, dos itens necessários, das respectivas quantidades e da justificativa, quando aplicável.

Sempre que determinado pela Coordenação, poderão ser anexados registros fotográficos ou outras informações que facilitem a conferência e a análise da solicitação.

3. Recebimento dos materiais

Os materiais encaminhados pelo Almoxarifado deverão ser conferidos imediatamente após o recebimento, verificando-se:

- correspondência entre os itens solicitados e os entregues;
- quantidade recebida;
- prazo de validade;
- integridade das embalagens;
- condições de armazenamento e transporte.

Havendo divergências, avarias, ausência de itens ou qualquer inconformidade, o fato deverá ser comunicado imediatamente ao Almoxarifado e à Coordenação Administrativa para adoção das providências cabíveis.

Após a conferência, os materiais deverão ser armazenados em local apropriado, observando as recomendações do fabricante, as normas de conservação e os critérios de organização estabelecidos pela instituição.

4. Controle documental

Os formulários de atendimento, check-lists operacionais, registros de conferência de materiais e demais documentos produzidos durante a rotina assistencial deverão ser devidamente preenchidos, conferidos e encaminhados aos setores responsáveis, respeitando os prazos definidos pela Coordenação.

Os registros deverão apresentar informações legíveis, completas, fidedignas e compatíveis com as atividades executadas, permitindo rastreabilidade, auditoria e controle administrativo.

5. Organização das Bases Operacionais

As equipes deverão manter permanentemente as Bases Operacionais limpas, organizadas e em condições adequadas de funcionamento.

Compete aos profissionais:

- conservar os ambientes organizados;
- manter os materiais devidamente identificados e armazenados;
- comunicar necessidades de manutenção predial ou de equipamentos;
- colaborar com as equipes responsáveis pela limpeza e conservação;
- preservar o patrimônio público e os recursos institucionais.

Toda irregularidade relacionada às instalações físicas, equipamentos ou condições estruturais deverá ser comunicada imediatamente à Coordenação para adoção das providências necessárias.

Controle e Monitoramento

O cumprimento desta rotina será acompanhado pela Coordenação de Enfermagem, Coordenação Administrativa, Almoxarifado e Comissão da Qualidade, por meio de inspeções periódicas, auditorias internas, conferências de estoque e monitoramento de indicadores de abastecimento, consumo e conformidade.

O descumprimento desta rotina poderá ensejar medidas administrativas, sem prejuízo das responsabilidades funcionais, civis, éticas e legais cabíveis.

RECEBIMENTO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS, INSUMOS E EQUIPAMENTOS

O recebimento de materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e demais bens destinados ao funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos constitui etapa crítica da cadeia de suprimentos, devendo ser executado de forma padronizada, documentada e rastreável, com o objetivo de assegurar a conformidade dos produtos adquiridos, a integridade dos materiais recebidos e a continuidade da assistência prestada.

O recebimento será realizado exclusivamente por profissional formalmente designado pela Coordenação Administrativa, Almoxarifado, Farmácia ou setor responsável, devidamente capacitado para proceder à conferência física, documental e técnica dos itens entregues.

Antes da aceitação definitiva, deverá ser realizada inspeção criteriosa dos produtos, confrontando-os com a Ordem de Compra, Nota Fiscal, Contrato, Ata de Registro de Preços ou outro documento que originou a aquisição.

Durante o processo de conferência deverão ser verificados, no mínimo, os seguintes aspectos:

- conformidade entre os produtos entregues e a Ordem de Compra ou instrumento contratual correspondente;
- quantidade efetivamente recebida em relação à quantidade solicitada;
- especificações técnicas, marca, modelo, fabricante e demais características previstas na contratação;
- integridade das embalagens primárias e secundárias, observando sinais de violação, avarias, umidade ou contaminação;
- prazo de validade, assegurando tempo hábil para utilização conforme critérios institucionais;
- identificação do número do lote, número de série ou outro elemento de rastreabilidade, quando aplicável;

- condições de transporte, especialmente para produtos termolábeis, medicamentos, materiais estéreis e equipamentos sensíveis;
- apresentação dos certificados, registros sanitários, manuais técnicos, garantias e demais documentos obrigatórios, quando exigíveis;
- conformidade da documentação fiscal, verificando Nota Fiscal, data de emissão, descrição dos itens, quantidades, valores, tributos incidentes e demais requisitos legais.

Concluída a conferência e constatada a conformidade dos materiais, será efetuado o recebimento definitivo mediante registro no sistema informatizado de gestão de suprimentos ou em formulário próprio, promovendo-se imediatamente a incorporação dos itens ao estoque institucional e sua adequada armazenagem, observadas as condições de conservação, temperatura, umidade, segurança e organização estabelecidas pelos fabricantes e pelas normas sanitárias vigentes.

Quando forem identificadas divergências quantitativas ou qualitativas, avarias, produtos vencidos, embalagens violadas, especificações incompatíveis, ausência de documentação obrigatória ou qualquer outra não conformidade, o recebimento deverá ser parcial ou integralmente recusado, conforme o caso, sendo a ocorrência formalmente registrada em Relatório de Não Conformidade (RNC) ou documento equivalente.

A área responsável deverá comunicar imediatamente o fornecedor e o gestor do contrato para adoção das medidas administrativas cabíveis, incluindo substituição dos produtos, complementação da entrega, devolução, aplicação das penalidades previstas contratualmente ou demais providências necessárias à regularização da ocorrência.

Todo o processo de recebimento deverá observar os princípios da legalidade, economicidade, eficiência, rastreabilidade, transparência e controle interno, garantindo a confiabilidade dos estoques, a segurança do paciente, a qualidade dos materiais utilizados na assistência pré-hospitalar móvel e a continuidade dos serviços prestados pelo SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

Responsáveis

A execução desta rotina compete aos profissionais e setores envolvidos na gestão de suprimentos, observadas as atribuições legais, regulamentares e institucionais de cada função, cabendo:

- Coordenação Administrativa: supervisionar o processo de recebimento, conferência, registro e encaminhamento dos materiais, assegurando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos e a integração com os demais setores envolvidos;
- Responsável pelo Almoxarifado: realizar o recebimento, conferência quantitativa e qualitativa, armazenamento, registro de entrada em estoque e distribuição dos materiais, insumos e equipamentos, observando os procedimentos de rastreabilidade e controle de estoque;
- Farmacêutico Responsável Técnico, quando se tratar de medicamentos, produtos para saúde e correlatos: realizar a conferência técnica, verificar as condições de armazenamento, validade, integridade, conformidade sanitária e demais requisitos legais aplicáveis;
- Responsável pelo Patrimônio, quando aplicável: proceder ao registro, identificação patrimonial e controle dos bens permanentes, em conformidade com as normas institucionais e patrimoniais vigentes;
- Profissionais formalmente designados para o recebimento e conferência de materiais: executar a conferência física e documental dos itens recebidos, registrando eventuais inconformidades e comunicando imediatamente à Coordenação Administrativa para adoção das providências cabíveis;
- Comissão de Recebimento de Materiais, quando prevista no Regulamento de Compras e Contratações da instituição: atuar na análise, conferência e aceite de materiais, equipamentos e bens patrimoniais cuja natureza, valor ou complexidade exijam avaliação colegiada, emitindo os respectivos registros e pareceres;
- Demais profissionais designados pela Direção da unidade, conforme suas atribuições funcionais: colaborar na execução das atividades previstas nesta rotina, observando os princípios da legalidade, eficiência, rastreabilidade, transparência e segurança dos processos.

Todos os responsáveis deverão atuar de forma integrada, assegurando a correta execução dos procedimentos de recebimento, conferência, registro, armazenamento e controle dos materiais, medicamentos, insumos e equipamentos, garantindo a rastreabilidade das informações, a conformidade com a legislação vigente, a adequada utilização dos recursos públicos e a continuidade da assistência prestada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Registros

Como evidência da execução desta rotina, deverão ser mantidos, conforme aplicável:

- Ordem de Compra;
- Nota Fiscal;
- Termo de Recebimento;
- Registro de Entrada em Estoque;
- Relatório de Não Conformidade (RNC);
- Relatórios de Inspeção;
- Comprovantes de Devolução ou Substituição de Produtos;
- Registros no Sistema Informatizado de Gestão de Materiais.

Essa redação amplia o controle sobre o recebimento de materiais, incorpora conceitos de rastreabilidade, gestão da qualidade e fiscalização contratual e está alinhada às práticas de governança recomendadas para Organizações Sociais gestoras de serviços públicos de saúde.

GESTÃO DE FORNECEDORES

A Gestão de Fornecedores constitui processo estratégico destinado ao planejamento, seleção, qualificação, contratação, fiscalização, monitoramento e avaliação contínua das empresas responsáveis pelo fornecimento de bens, medicamentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos, insumos, serviços especializados e demais recursos indispensáveis ao funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

A gestão deverá observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade, transparência, sustentabilidade, integridade, rastreabilidade e continuidade dos serviços públicos, bem como as disposições do Contrato de Gestão, do Regulamento de Compras e Contratações da Organização Social, da legislação vigente e das normas internas aplicáveis.

Compete à Coordenação Administrativa, em conjunto com os setores de Suprimentos, Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio e demais áreas técnicas demandantes, promover a gestão dos contratos administrativos e das aquisições, assegurando:

- a qualificação e habilitação dos fornecedores;
- a regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária das empresas contratadas;
- a formalização dos instrumentos contratuais;
- o acompanhamento da execução contratual;
- o cumprimento dos prazos de entrega e níveis de serviço pactuados;
- a conformidade técnica dos bens e serviços contratados;
- o controle de qualidade dos produtos fornecidos;
- a rastreabilidade dos processos de aquisição;
- a atualização da documentação contratual;
- a avaliação periódica do desempenho dos fornecedores.

O recebimento definitivo de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços somente será efetuado após conferência quantitativa e qualitativa, verificando-se a conformidade com as especificações técnicas, condições de transporte, integridade das embalagens, prazos de validade, certificações aplicáveis, documentação fiscal e demais requisitos previstos no instrumento contratual.

A fiscalização contratual deverá ser realizada de forma sistemática, por meio de inspeções, registros operacionais, indicadores de desempenho, avaliações técnicas e relatórios periódicos, permitindo monitorar a qualidade da execução contratual e subsidiar ações de melhoria contínua.

Sempre que forem identificadas inconformidades, atrasos, defeitos, não conformidades técnicas, falhas na prestação dos serviços ou descumprimento das obrigações contratuais, deverá ser instaurado registro formal da ocorrência, com emissão de Relatório de Não Conformidade (RNC) ou instrumento equivalente, contendo a descrição do fato, evidências, análise técnica, medidas corretivas, prazos para regularização e acompanhamento da efetividade das ações implementadas.

O histórico de desempenho dos fornecedores deverá compor cadastro institucional específico, servindo como subsídio para processos de requalificação, renovação contratual, aplicação de medidas administrativas e futuras contratações, promovendo maior segurança, eficiência e qualidade na gestão da cadeia de suprimentos do SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

Por fim, a gestão de fornecedores deverá integrar o Sistema de Gestão da Qualidade da instituição, contribuindo para a mitigação de riscos operacionais, garantia da continuidade assistencial, segurança do paciente e utilização eficiente dos recursos públicos, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os objetivos estratégicos da Organização Social gestora.

GESTÃO DE MEDICAMENTOS

A Gestão de Medicamentos compreende o conjunto de procedimentos destinados ao planejamento, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição, controle, rastreabilidade e monitoramento dos medicamentos utilizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos, assegurando sua disponibilidade, qualidade, segurança e utilização racional durante a assistência pré-hospitalar móvel.

Todas as etapas da gestão deverão observar as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde, dos Conselhos Profissionais, da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME), quando aplicável, bem como os protocolos assistenciais e farmacêuticos instituídos pela Organização Social e pelo Município.

A Farmácia, sob responsabilidade do farmacêutico legalmente habilitado, atuará de forma integrada com a Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Almoxarifado e equipes assistenciais, garantindo o abastecimento contínuo das Bases Operacionais, das Unidades de Suporte Básico (USB), das Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais setores do serviço.

GESTÃO DOS EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

A Gestão dos Equipamentos compreende o conjunto de procedimentos destinados ao planejamento, recebimento, identificação patrimonial, inspeção, manutenção, calibração, conservação, rastreabilidade e monitoramento dos equipamentos médico-hospitalares, eletromédicos e de suporte à vida utilizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

O gerenciamento dos equipamentos tem como finalidade assegurar sua disponibilidade operacional, confiabilidade, segurança, desempenho técnico e conformidade com a legislação sanitária vigente, contribuindo para a continuidade da assistência, a segurança do paciente e a proteção dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar móvel.

A gestão deverá observar as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelos fabricantes dos equipamentos, pelas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), pelos programas de manutenção preventiva e pelas políticas institucionais de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

Compete à Coordenação Administrativa, em conjunto com a Engenharia Clínica (quando existente), Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica, Patrimônio e demais setores responsáveis, garantir o adequado gerenciamento do parque tecnológico do serviço.

GESTÃO DA FROTA

A Gestão da Frota compreende o conjunto de procedimentos técnicos, administrativos e operacionais destinados ao planejamento, controle, monitoramento, manutenção e disponibilização das ambulâncias, motolâncias, veículos administrativos e demais veículos de apoio utilizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

Seu objetivo é assegurar que todos os veículos permaneçam em condições adequadas de segurança, confiabilidade, disponibilidade e desempenho operacional, garantindo resposta ágil às ocorrências, continuidade da assistência pré-hospitalar móvel e preservação do patrimônio público.

A gestão da frota deverá observar a legislação de trânsito vigente, as normas do fabricante, as diretrizes do Ministério da Saúde, os protocolos institucionais, os programas de manutenção veicular e os princípios da eficiência, economicidade, rastreabilidade, sustentabilidade e segurança operacional.

Compete à Coordenação Administrativa, em conjunto com a Coordenação Operacional, setor de Frota, Supervisão Operacional e demais áreas envolvidas, promover o gerenciamento integral dos veículos, assegurando o adequado planejamento da utilização, manutenção e renovação da frota.

Compete ao Setor de Frota e às equipes operacionais:

- realizar inspeção diária das ambulâncias e veículos de apoio antes do início de cada plantão;
- executar check-list operacional padronizado, verificando as condições mecânicas, elétricas, estruturais e de segurança dos veículos;
- controlar os níveis de combustível, fluidos, óleo lubrificante, líquido de arrefecimento e demais itens indispensáveis ao funcionamento seguro do veículo;
- monitorar a quilometragem percorrida e programar as revisões periódicas conforme as recomendações do fabricante;
- controlar o abastecimento, consumo de combustível e custos operacionais, utilizando sistema informatizado ou registros próprios;

- acompanhar a manutenção preventiva, corretiva e preditiva, garantindo o cumprimento dos cronogramas estabelecidos;
- inspecionar periodicamente pneus, rodas, sistemas de freios, suspensão, direção, iluminação, sinalização sonora e visual, equipamentos de segurança e demais componentes veiculares;
- verificar a regularidade da documentação obrigatória dos veículos, incluindo licenciamento, seguros, certificados, autorizações e demais registros exigidos pela legislação;
- assegurar a limpeza, higienização, desinfecção e conservação das ambulâncias, conforme os protocolos de controle de infecção, biossegurança e segurança do paciente;
- controlar a disponibilidade operacional da frota, mantendo registro das entradas e saídas para manutenção, substituições e veículos reserva;
- registrar todas as inspeções, abastecimentos, manutenções, avarias, sinistros e demais ocorrências relacionadas aos veículos.

As ambulâncias deverão ser submetidas a inspeções sistemáticas antes da entrada em operação e após o encerramento de cada plantão, contemplando a verificação das condições mecânicas, elétricas, dos equipamentos embarcados, sistemas de comunicação, climatização, oxigênio medicinal, iluminação interna e externa, dispositivos de segurança e demais componentes essenciais ao atendimento de urgência e emergência.

Os serviços de manutenção preventiva deverão ser executados conforme plano institucional previamente estabelecido, buscando reduzir falhas mecânicas, aumentar a vida útil dos veículos e minimizar interrupções das atividades operacionais. A manutenção corretiva deverá ser providenciada imediatamente após a identificação de qualquer falha que possa comprometer a segurança, a disponibilidade da frota ou a qualidade da assistência prestada.

Sempre que identificada qualquer irregularidade que comprometa a segurança veicular ou o funcionamento adequado da ambulância, o veículo deverá ser imediatamente retirado de operação, sinalizado como indisponível e encaminhado para avaliação técnica, permanecendo impedido de retornar às

atividades até a conclusão dos reparos e emissão da liberação pelo setor responsável.

Toda indisponibilidade operacional deverá ser comunicada imediatamente à Coordenação Operacional e à Coordenação Administrativa, permitindo a adoção de medidas contingenciais, redistribuição das equipes, remanejamento de veículos reserva e manutenção da cobertura assistencial do serviço.

A instituição deverá manter indicadores de desempenho relacionados à gestão da frota, contemplando, entre outros, disponibilidade operacional das ambulâncias, índice de manutenção preventiva realizada, tempo médio de indisponibilidade, consumo médio de combustível, custo de manutenção por veículo, quilometragem percorrida, frequência de falhas mecânicas e taxa de utilização da frota, utilizando essas informações como instrumento de gestão, planejamento e melhoria contínua.

SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO

Os serviços de manutenção predial, elétrica, hidráulica, climatização, informática, telecomunicações e equipamentos médicos serão executados mediante abertura de chamado técnico.

Após identificação da necessidade, o setor competente avaliará a prioridade do atendimento e providenciará a execução dos serviços por equipe própria ou empresa contratada.

Toda manutenção deverá possuir registro documental contendo:

- data;
- equipamento;
- descrição da falha;
- serviço executado;
- responsável técnico;
- conclusão do atendimento.

LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

Os serviços de limpeza deverão observar protocolos específicos de limpeza concorrente e terminal das Bases Operacionais, ambulâncias e áreas administrativas.

As empresas contratadas deverão cumprir rigorosamente os protocolos institucionais, normas da ANVISA, NR-32 e demais legislações sanitárias.

A fiscalização dos serviços será realizada periodicamente pela Coordenação Administrativa e pela Coordenação de Enfermagem.

CONTROLE DOCUMENTAL

Toda documentação relacionada às aquisições, contratos, notas fiscais, ordens de compra, requisições, registros de recebimento e relatórios de fiscalização deverá permanecer arquivada física ou eletronicamente, observando os prazos legais de guarda documental e a Política Institucional de Gestão Documental.

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA

O Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua constituem processos permanentes de gestão destinados a verificar a efetividade das rotinas administrativas e dos serviços de apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos, assegurando a conformidade dos processos, a utilização eficiente dos recursos, a continuidade operacional e o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados.

O acompanhamento será realizado de forma sistemática, por meio da análise de indicadores de desempenho, auditorias internas, inspeções técnicas, monitoramento de processos, reuniões gerenciais, avaliação de riscos, análise crítica dos resultados e implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria, em conformidade com o Sistema de Gestão da Qualidade, o Contrato de Gestão e as diretrizes institucionais.

O processo de monitoramento deverá abranger todas as áreas administrativas e de apoio, permitindo identificar oportunidades de aperfeiçoamento, prevenir falhas operacionais, fortalecer os controles internos e subsidiar a tomada de decisões baseada em evidências.

8.2 B. Proposta de Fluxos Assistenciais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um modelo assistencial integrado para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização, segurança do paciente, eficiência operacional e integração com a Rede de Urgência e Emergência (RUE), garantindo resposta rápida, atendimento qualificado e continuidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Os fluxos assistenciais serão estruturados de forma padronizada, contemplando os processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio necessários ao adequado funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, assegurando organização dos serviços, segurança do paciente, qualidade assistencial e cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Contrato de Gestão.

A organização dos fluxos permitirá a integração entre a Central de Regulação das Urgências, equipes de Suporte Básico de Vida (USB), equipes de Suporte Avançado de Vida (USA), motolâncias, unidades de saúde, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços especializados e demais componentes da Rede Municipal e Regional de Atenção à Saúde.

Objetivos

A proposta de implantação dos fluxos assistenciais tem como objetivos:

- organizar os processos assistenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- assegurar atendimento oportuno e resolutivo às urgências e emergências;
- qualificar os processos de regulação médica e despacho de recursos;
- fortalecer a integração entre os componentes da Rede de Urgência e Emergência;

- padronizar os processos assistenciais, administrativos e operacionais;
- assegurar a continuidade da assistência mediante adequada referência e contrarreferência;
- promover a segurança do paciente, dos profissionais e da operação;
- aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Organização dos Fluxos Assistenciais

Os processos assistenciais serão organizados por fluxos operacionais padronizados, contemplando todas as etapas do atendimento pré-hospitalar móvel, desde o recebimento da chamada pela Central de Regulação das Urgências, avaliação da demanda, classificação da gravidade, despacho do recurso adequado, atendimento no local da ocorrência, estabilização clínica, definição do destino do paciente, transporte assistido, integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde e encerramento da ocorrência.

Os fluxos serão estruturados de forma integrada entre a Central de Regulação, equipes assistenciais e serviços de referência, garantindo coordenação das ações, continuidade da assistência, segurança do paciente, rastreabilidade das informações e utilização dos sistemas oficiais de informação e regulação.

Os Protocolos Assistenciais que fundamentam a execução desses fluxos encontram-se descritos no **item 6.1.9.5 – Protocolos Assistenciais**, onde estão estabelecidas as diretrizes técnicas, clínicas e operacionais aplicáveis aos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Os fluxos assistenciais serão formalizados por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Protocolos Assistenciais, Normas Técnicas e instrumentos de gestão operacional, assegurando uniformidade das condutas, integração multiprofissional, rastreabilidade das ações e padronização dos processos de trabalho em todas as unidades operacionais do SAMU 192. A revisão desses fluxos ocorrerá periodicamente, considerando indicadores

operacionais, auditorias clínicas, atualização dos protocolos ministeriais e necessidades identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão implantados os seguintes fluxos institucionais:

Fluxo de Recebimento das Chamadas e Regulação Médica

O fluxo de recebimento das chamadas e regulação médica será estruturado de forma a assegurar resposta ágil, organizada e segura às solicitações encaminhadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), garantindo adequada priorização dos atendimentos e utilização racional dos recursos assistenciais disponíveis.

O processo terá início com o recebimento da chamada pela Central de Regulação das Urgências, ocasião em que o Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) realizará a identificação do solicitante, coleta das informações essenciais sobre a ocorrência, localização, natureza do evento, número de vítimas, riscos existentes e demais dados necessários à caracterização da demanda.

As informações coletadas serão imediatamente encaminhadas ao Médico Regulador, responsável pela avaliação técnica da ocorrência, classificação da gravidade, estratificação do risco, definição da prioridade assistencial e determinação da resposta mais adequada, observando os protocolos assistenciais vigentes, critérios de gravidade, vulnerabilidade clínica, disponibilidade operacional e diretrizes da Rede de Urgência e Emergência.

Conforme a avaliação realizada, o Médico Regulador poderá orientar o solicitante quanto às medidas imediatas de primeiros cuidados, definir o envio da Unidade de Suporte Básico de Vida (USB), Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), motolância ou outro recurso operacional disponível, bem como encaminhar a demanda para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde quando não caracterizada situação de urgência ou emergência passível de atendimento pelo SAMU 192.

Durante toda a ocorrência, será mantida comunicação permanente entre a Central de Regulação das Urgências e a equipe assistencial deslocada,

permitindo atualização das informações clínicas, reavaliação da gravidade, redimensionamento dos recursos empregados e definição do destino mais apropriado ao paciente, conforme a capacidade instalada da Rede Municipal e Regional de Saúde.

Após a conclusão do atendimento, a Central procederá ao encerramento da ocorrência mediante registro completo das informações assistenciais, operacionais e administrativas nos sistemas oficiais adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade dos atendimentos, produção de indicadores, suporte à auditoria, monitoramento da qualidade e avaliação contínua dos processos assistenciais.

O fluxo será operacionalizado por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), protocolos de regulação médica, normas institucionais e sistemas informatizados, garantindo padronização das condutas, segurança das informações, redução do tempo de resposta, utilização eficiente dos recursos disponíveis e conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Rede de Urgência e Emergência e do Contrato de Gestão.

Fluxo de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O fluxo de atendimento pré-hospitalar móvel será organizado de forma a garantir assistência rápida, segura, resolutiva e integrada aos usuários em situação de urgência e emergência, desde o acionamento da equipe pela Central de Regulação das Urgências até a transferência do paciente ao serviço de referência, assegurando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

O processo terá início com o despacho da equipe de atendimento móvel pela Central de Regulação das Urgências, conforme decisão do Médico Regulador, considerando a classificação da gravidade, a natureza da ocorrência, a localização do evento e a disponibilidade operacional dos recursos assistenciais.

Durante o deslocamento, a equipe manterá comunicação permanente com a Central de Regulação, recebendo informações complementares sobre a ocorrência e comunicando eventuais intercorrências que possam influenciar a estratégia assistencial ou a definição do serviço de destino.

Ao chegar ao local da ocorrência, será realizada a avaliação da cena, observando as condições de segurança para a equipe, para o paciente e para terceiros, bem como a identificação de riscos ambientais, necessidade de apoio de outros órgãos de resposta, número de vítimas e recursos adicionais eventualmente necessários.

Após a garantia da segurança da cena, a equipe procederá à abordagem inicial do paciente, realizando avaliação clínica sistematizada, identificação das prioridades assistenciais, monitorização dos sinais vitais, instituição das medidas de suporte básico ou avançado de vida compatíveis com sua condição clínica e execução dos procedimentos previstos nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Durante todo o atendimento, será mantida comunicação contínua com a Central de Regulação das Urgências, permitindo atualização do quadro clínico, reavaliação da gravidade, orientação médica quando necessária, redirecionamento da ocorrência e definição do estabelecimento de saúde mais adequado para continuidade da assistência, conforme os critérios de regulação e a capacidade instalada da Rede de Urgência e Emergência.

Quando indicado, será realizado o transporte assistido do paciente, assegurando monitorização contínua, manutenção das medidas terapêuticas instituídas, estabilidade clínica durante o percurso e adoção das medidas necessárias para prevenção de intercorrências até a chegada ao serviço de referência.

Na unidade de destino, a equipe efetuará a transferência segura do paciente, mediante comunicação efetiva com a equipe receptora, apresentação das informações clínicas relevantes, descrição das condutas realizadas, evolução do atendimento, medicamentos administrados, procedimentos executados e demais informações necessárias para garantir a continuidade da assistência.

Após a conclusão do atendimento, serão realizados o encerramento da ocorrência, a conferência dos registros assistenciais, a reposição de materiais e medicamentos utilizados, a higienização da ambulância e dos equipamentos, a verificação das condições operacionais da unidade móvel e sua imediata

disponibilização para novas ocorrências, assegurando a manutenção da capacidade operacional do serviço.

O fluxo será desenvolvido em conformidade com os Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), diretrizes do Ministério da Saúde, da Rede de Urgência e Emergência e da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo padronização das condutas, qualidade da assistência, segurança do paciente, eficiência operacional e melhoria contínua dos processos assistenciais.

Fluxo das Equipes de Suporte Básico de Vida (USB)

O fluxo de atuação das Equipes de Suporte Básico de Vida (USB) será estruturado para assegurar atendimento pré-hospitalar móvel seguro, oportuno e resolutivo às ocorrências compatíveis com sua competência técnica, em conformidade com as diretrizes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), os Protocolos Assistenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

O atendimento será iniciado após o despacho da equipe pela Central de Regulação das Urgências, conforme decisão do Médico Regulador, considerando a classificação da ocorrência, a avaliação da gravidade e a disponibilidade operacional dos recursos.

Durante o deslocamento, a equipe manterá comunicação permanente com a Central de Regulação, recebendo informações complementares sobre a ocorrência e atualizações que possam influenciar a estratégia assistencial.

Ao chegar ao local, será realizada a avaliação da cena, verificando as condições de segurança para a equipe, para o paciente e para terceiros, bem como a identificação de riscos que possam demandar apoio de outros órgãos de resposta, como Corpo de Bombeiros, Defesa Civil ou forças de segurança.

Na sequência, será realizada a abordagem inicial do paciente, com avaliação clínica sistematizada, identificação das prioridades assistenciais, monitorização dos sinais vitais e instituição imediata das medidas de Suporte Básico de Vida, incluindo estabilização inicial, controle de vias aéreas, suporte ventilatório, controle de hemorragias, imobilizações, oxigenoterapia,

monitorização clínica e demais procedimentos compatíveis com a competência da equipe.

Durante todo o atendimento, a equipe manterá comunicação contínua com o Médico Regulador, informando a evolução clínica do paciente, recebendo orientações assistenciais e comunicando qualquer intercorrência que possa exigir reavaliação da estratégia terapêutica, apoio de Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) ou redirecionamento do paciente para outro serviço de referência.

Quando indicado, será realizado o transporte assistido do paciente, assegurando monitorização contínua, manutenção das medidas terapêuticas instituídas, segurança durante o deslocamento e encaminhamento ao estabelecimento de saúde definido pela Central de Regulação.

Ao chegar ao serviço de referência, a equipe realizará a transferência segura do paciente, mediante comunicação efetiva com a equipe receptora, repassando todas as informações clínicas relevantes, procedimentos realizados, medicamentos administrados, evolução do quadro clínico e demais registros necessários para garantir a continuidade da assistência.

Após a conclusão da ocorrência, serão realizados o encerramento dos registros assistenciais, a reposição dos materiais e medicamentos utilizados, a higienização da ambulância e dos equipamentos, a conferência das condições operacionais da unidade e o retorno imediato à condição de prontidão para novos atendimentos.

O fluxo será desenvolvido em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, dos Protocolos Assistenciais e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), assegurando qualidade da assistência, segurança do paciente, eficiência operacional e utilização racional dos recursos disponíveis.

Fluxo das Equipes de Suporte Avançado de Vida (USA)

O fluxo de atuação das Equipes de Suporte Avançado de Vida (USA) será estruturado para garantir atendimento pré-hospitalar móvel especializado às ocorrências de maior complexidade e gravidade, assegurando assistência

rápida, qualificada, segura e integrada à Rede de Urgência e Emergência (RUE), em conformidade com as diretrizes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), os Protocolos Assistenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

O atendimento será iniciado após o despacho da Unidade de Suporte Avançado de Vida pela Central de Regulação das Urgências, mediante decisão do Médico Regulador, considerando a avaliação da gravidade da ocorrência, os critérios clínicos estabelecidos, a necessidade de suporte avançado e a disponibilidade operacional dos recursos.

Durante o deslocamento, a equipe manterá comunicação permanente com a Central de Regulação, recebendo informações complementares sobre a ocorrência e comunicando eventuais intercorrências que possam influenciar a condução do atendimento.

Ao chegar ao local da ocorrência, será realizada a avaliação da cena, observando as condições de segurança para a equipe, para o paciente e para terceiros, bem como a necessidade de atuação conjunta com outros órgãos de resposta, quando aplicável.

Na sequência, será realizada a abordagem clínica sistematizada do paciente, com avaliação primária e secundária, identificação das prioridades assistenciais, monitorização contínua dos parâmetros vitais e instituição imediata das medidas de Suporte Avançado de Vida, incluindo procedimentos invasivos, manejo avançado das vias aéreas, suporte ventilatório, monitorização cardíaca, acesso vascular, administração de medicamentos, desfibrilação, cardioversão, estimulação cardíaca transcutânea e demais procedimentos previstos nos protocolos institucionais, de acordo com a condição clínica apresentada.

Durante todo o atendimento, a equipe manterá comunicação contínua com a Central de Regulação das Urgências, informando a evolução clínica do paciente, os procedimentos realizados, a resposta ao tratamento e quaisquer intercorrências que possam demandar redefinição da estratégia assistencial ou alteração do serviço de destino.

Quando indicado, será realizado o transporte assistido ao estabelecimento de saúde previamente definido pela Central de Regulação,

assegurando monitorização intensiva, manutenção das medidas terapêuticas instituídas, suporte avançado durante todo o deslocamento e adoção das intervenções necessárias para preservação da estabilidade clínica do paciente.

Ao chegar ao serviço de referência, a equipe realizará a transferência segura do paciente, promovendo comunicação efetiva com a equipe receptora, repassando de forma completa as informações clínicas, evolução do atendimento, procedimentos executados, medicamentos administrados, exames realizados, tempo de atendimento e demais registros necessários para garantir a continuidade da assistência.

Após a conclusão da ocorrência, serão realizados o encerramento dos registros assistenciais e operacionais, a conferência e reposição dos materiais, medicamentos e equipamentos utilizados, a higienização da ambulância, a verificação das condições de funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares e a imediata disponibilização da unidade para novos atendimentos.

O fluxo será desenvolvido em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, dos Protocolos Assistenciais e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), assegurando elevado padrão técnico, segurança do paciente, eficiência operacional, utilização racional dos recursos disponíveis e melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Fluxo de Atendimento às Urgências Clínicas

O fluxo de atendimento às urgências clínicas será organizado para garantir assistência pré-hospitalar qualificada aos pacientes acometidos por agravos clínicos agudos, assegurando avaliação rápida, estabilização clínica, monitorização contínua e encaminhamento oportuno ao serviço de referência, em conformidade com os Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e diretrizes da Rede de Urgência e Emergência. Após o despacho da equipe pela Central de Regulação das Urgências, será realizada avaliação clínica sistematizada do paciente, identificação dos sinais de gravidade, instituição das medidas terapêuticas indicadas, monitorização contínua dos parâmetros vitais e comunicação permanente com o Médico Regulador,

permitindo reavaliação da conduta sempre que necessário. O transporte assistido será realizado quando indicado, garantindo a manutenção das medidas de suporte instituídas e a transferência segura ao estabelecimento de saúde previamente definido pela Central de Regulação. Após a conclusão do atendimento, serão efetuados os registros assistenciais e operacionais, assegurando rastreabilidade das informações, continuidade do cuidado e monitoramento da qualidade da assistência.

Fluxo de Atendimento ao Trauma

O fluxo de atendimento ao trauma será estruturado para assegurar resposta rápida, organizada e segura às vítimas de acidentes e eventos traumáticos, observando os princípios do atendimento ao trauma e as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência. Após a chegada ao local da ocorrência, a equipe realizará avaliação da segurança da cena, identificação dos riscos existentes e adoção das medidas necessárias para proteção dos profissionais, pacientes e terceiros. Será realizada avaliação primária e secundária, estabilização clínica, controle de hemorragias, imobilização quando indicada, monitorização contínua e demais intervenções previstas nos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP). O transporte assistido será realizado para o serviço de referência previamente definido pela Central de Regulação, assegurando comunicação efetiva com a equipe receptora, repasse das informações clínicas e continuidade da assistência.

Fluxo das Urgências Obstétricas, Neonatais e Pediátricas

O fluxo de atendimento às urgências obstétricas, neonatais e pediátricas será desenvolvido para garantir assistência especializada às gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças em situação de urgência ou emergência, observando protocolos específicos para cada faixa etária e condição clínica. As equipes realizarão avaliação clínica inicial, estabilização do paciente, monitorização contínua, instituição das medidas terapêuticas compatíveis com sua competência técnica e comunicação permanente com a Central de Regulação das Urgências. O encaminhamento ocorrerá para maternidades,

hospitais pediátricos ou unidades de referência definidas pelo Médico Regulador, assegurando transporte assistido, transferência segura e continuidade da assistência.

Fluxo das Urgências Psiquiátricas

O fluxo de atendimento às urgências psiquiátricas será desenvolvido em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo abordagem humanizada, segura e resolutiva às pessoas em situação de crise psiquiátrica ou sofrimento mental agudo. O atendimento compreenderá avaliação inicial do paciente, identificação dos fatores de risco, manejo da crise, adoção das medidas necessárias para proteção do paciente, da equipe e de terceiros, monitorização clínica e comunicação permanente com a Central de Regulação das Urgências. Sempre que necessário, haverá atuação integrada com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, forças de segurança e demais órgãos de apoio, assegurando encaminhamento ao serviço de referência definido pela regulação médica.

Fluxo de Atendimento a Incidentes com Múltiplas Vítimas

O fluxo para atendimento a incidentes com múltiplas vítimas será estruturado para garantir resposta coordenada, rápida e eficiente em situações que excedam a capacidade operacional habitual do serviço. Após a identificação da ocorrência, a Central de Regulação das Urgências acionará os recursos necessários, promovendo articulação com o Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, forças de segurança e demais órgãos envolvidos. No local do incidente será implantado o sistema de comando da cena, realizada a classificação das vítimas conforme protocolo institucional, priorização do atendimento, distribuição racional dos recursos disponíveis, definição dos destinos hospitalares e comunicação permanente entre as equipes operacionais e a Central de Regulação até o encerramento da ocorrência.

Fluxo de Gestão Operacional da Frota

O fluxo de gestão operacional da frota será organizado para assegurar disponibilidade contínua das ambulâncias e demais veículos utilizados pelo SAMU 192, garantindo segurança operacional, confiabilidade dos equipamentos e continuidade da assistência. Serão estabelecidos processos permanentes de inspeção diária das viaturas, manutenção preventiva e corretiva, abastecimento, higienização, desinfecção, controle documental, monitoramento da vida útil dos veículos, reposição de materiais e equipamentos, bem como acompanhamento dos indicadores de disponibilidade operacional. Após cada atendimento, a unidade móvel passará por conferência completa antes do retorno à condição de prontidão para novas ocorrências.

Fluxo de Gestão de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

O fluxo de gestão de materiais, medicamentos e equipamentos garantirá o abastecimento contínuo das unidades móveis, assegurando disponibilidade dos insumos necessários à assistência e utilização racional dos recursos. Compreenderá programação de consumo, aquisição, recebimento, armazenamento, controle de estoque, rastreabilidade, monitoramento dos prazos de validade, reposição imediata dos materiais utilizados, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares, calibração periódica e descarte de materiais conforme a legislação sanitária vigente.

Fluxo dos Sistemas de Informação

O fluxo dos sistemas de informação será estruturado para garantir registro integral, padronizado e seguro das informações assistenciais e operacionais produzidas pelo SAMU 192. Todas as ocorrências serão registradas nos sistemas oficiais adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, contemplando dados da regulação médica, atendimento pré-hospitalar, procedimentos realizados, recursos empregados, tempos operacionais, destino do paciente e desfecho da ocorrência. Os registros subsidiarão o monitoramento dos indicadores assistenciais, elaboração de relatórios gerenciais, auditorias, planejamento operacional e avaliação contínua do desempenho do serviço.

Fluxo de Referência e Contrarreferência

O fluxo de referência e contrarreferência será desenvolvido de forma integrada com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, assegurando continuidade da assistência após o atendimento pré-hospitalar. Os encaminhamentos serão realizados exclusivamente por meio da Central de Regulação das Urgências, observando critérios clínicos, capacidade instalada e perfil assistencial das unidades de destino. As informações clínicas produzidas durante o atendimento serão compartilhadas com a equipe receptora, permitindo continuidade do cuidado, integração entre os serviços e monitoramento dos desfechos assistenciais.

Fluxo de Segurança do Paciente

O fluxo de segurança do paciente será desenvolvido em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente e contemplará ações voltadas à prevenção de eventos adversos, gerenciamento de riscos e fortalecimento da cultura de segurança. Serão adotadas práticas relacionadas à identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre profissionais, administração segura de medicamentos, transporte seguro, utilização adequada dos equipamentos, higienização das mãos, notificação de incidentes, análise de eventos adversos e implantação de ações corretivas e preventivas, promovendo melhoria contínua da qualidade assistencial.

Fluxo de Educação Permanente

O fluxo de educação permanente será estruturado como ferramenta estratégica para o desenvolvimento contínuo das competências técnicas, assistenciais e gerenciais das equipes do SAMU 192. Serão implementados programas permanentes de capacitação contemplando integração de novos colaboradores, treinamentos periódicos, atualização dos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), simulações realísticas, discussão de casos clínicos, avaliação de desempenho, educação baseada em indicadores e ações de melhoria contínua, assegurando elevado padrão técnico da assistência prestada.

Integração da Rede de Urgência e Emergência

Os fluxos assistenciais serão desenvolvidos de forma articulada entre a Central de Regulação das Urgências, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, serviços especializados, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, forças de segurança e demais componentes da Rede Municipal e Regional de Urgência e Emergência. Essa integração permitirá otimizar a utilização dos recursos assistenciais, garantir acesso oportuno aos diferentes níveis de atenção, fortalecer a comunicação interinstitucional e assegurar continuidade do cuidado aos usuários atendidos pelo SAMU 192.

Monitoramento dos Fluxos

A execução dos fluxos assistenciais será acompanhada continuamente pela Coordenação Geral do SAMU, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, responsáveis técnicos e Núcleo de Qualidade, por meio da análise sistemática dos indicadores operacionais e assistenciais, auditorias clínicas, monitoramento dos tempos de resposta, conformidade dos registros, avaliação do cumprimento dos Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), reuniões periódicas das equipes e desenvolvimento de ações permanentes de educação continuada. Os resultados obtidos subsidiarão a elaboração de planos de melhoria contínua, revisão dos processos assistenciais e operacionais, atualização dos protocolos institucionais e aperfeiçoamento permanente da gestão do serviço, assegurando qualidade, segurança do paciente, eficiência operacional e conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Rede de Urgência e Emergência, da Secretaria Municipal de Saúde e do Contrato de Gestão.

8.3 C. Proposta de Organização dos Serviços de Farmácia

A Assistência Farmacêutica constitui componente estratégico de suporte técnico-assistencial ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo responsável pela organização dos processos relacionados aos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelas equipes de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará, implantará e gerenciará o Serviço de Farmácia vinculado ao SAMU 192 do Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando a disponibilidade contínua, segurança, qualidade e rastreabilidade dos recursos terapêuticos empregados nas ocorrências assistenciais.

A gestão farmacêutica contemplará todas as etapas do ciclo dos medicamentos e insumos, incluindo planejamento das necessidades, recebimento, conferência técnica, armazenamento, controle de estoque, organização dos kits assistenciais, distribuição interna às unidades móveis,

reposição após utilização, monitoramento de validade e avaliação dos indicadores relacionados ao consumo e desempenho operacional.

A organização do serviço observará as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), das normativas do Ministério da Saúde aplicáveis ao SAMU 192, das regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Conselho Federal de Farmácia (CFF), da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais legislações sanitárias vigentes.

O Serviço de Farmácia do SAMU 192 será estruturado para garantir suporte permanente às equipes de Suporte Básico de Vida (USB) e Suporte Avançado de Vida (USA), assegurando que as unidades móveis disponham dos medicamentos e insumos necessários para atendimento imediato das situações críticas, tempo-dependentes e de alta complexidade assistencial.

A gestão será fundamentada em protocolos institucionais, procedimentos operacionais padronizados (POPs), controle informatizado e mecanismos de rastreabilidade, garantindo segurança medicamentosa, redução de perdas, prevenção de desabastecimento e otimização dos recursos públicos.

Organização da Assistência Farmacêutica e Gestão dos Medicamentos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o Serviço de Farmácia como componente estratégico de suporte técnico-assistencial ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), garantindo a disponibilidade, segurança, qualidade e rastreabilidade dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados nas ações de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

A gestão farmacêutica será estruturada de forma a assegurar o adequado funcionamento do ciclo dos medicamentos e insumos utilizados pelo SAMU 192, contemplando as etapas de planejamento das necessidades, recebimento, conferência técnica, armazenamento, controle de estoque, organização dos kits

assistenciais, distribuição às unidades móveis, reposição após utilização e monitoramento contínuo dos processos.

A organização do serviço observará as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), das normativas aplicáveis ao SAMU 192, das regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Conselho Federal de Farmácia (CFF), da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais legislações sanitárias vigentes.

Organização do Atendimento Farmacêutico

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o Serviço de Farmácia vinculado ao Lote II – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), como unidade de apoio técnico-assistencial responsável pelo gerenciamento dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelas equipes de atendimento pré-hospitalar móvel.

A organização do atendimento farmacêutico será estruturada considerando as características específicas do SAMU 192, cuja atuação ocorre em ambiente extra-hospitalar, com necessidade de resposta rápida, disponibilidade imediata de recursos terapêuticos e controle rigoroso dos medicamentos utilizados em situações críticas e tempo-dependentes.

O Serviço de Farmácia atuará de forma integrada à estrutura operacional do SAMU 192, mantendo articulação permanente com a Coordenação do Serviço e equipes assistenciais, garantindo o abastecimento contínuo das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e demais pontos operacionais.

Será implantado fluxo padronizado de atendimento farmacêutico contemplando:

- planejamento e programação das necessidades de medicamentos e insumos;

- recebimento e conferência dos produtos;
- armazenamento conforme requisitos sanitários;
- controle de estoque, lotes e validade;
- organização dos kits e bolsas de emergência;
- distribuição interna às unidades móveis;
- reposição dos itens utilizados nas ocorrências;
- controle dos medicamentos sujeitos a controle especial;
- monitoramento dos indicadores relacionados à assistência farmacêutica.

A organização desses processos garantirá suporte técnico permanente às equipes do SAMU 192, assegurando disponibilidade segura dos medicamentos e insumos necessários para resposta qualificada às situações de urgência e emergência.

Estruturação do Atendimento Farmacêutico

O Serviço de Farmácia do SAMU 192 será estruturado para garantir suporte técnico-assistencial contínuo às equipes de atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando a disponibilidade, segurança e qualidade dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos necessários para atendimento das situações de urgência e emergência.

A organização do serviço contemplará:

• disponibilidade permanente dos medicamentos e insumos padronizados para atendimento das ocorrências de urgência e emergência;

• controle técnico dos estoques, materiais assistenciais e medicamentos destinados às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e bases operacionais;

• organização, padronização e conferência dos kits, bolsas de emergência e compartimentos de armazenamento de medicamentos das ambulâncias;

• rastreabilidade dos medicamentos utilizados nas ocorrências, incluindo controle de lote, validade, movimentação e destino dos produtos;

• monitoramento e redução de perdas relacionadas ao vencimento, acondicionamento inadequado, avarias ou excesso de estoque;

• apoio técnico às equipes assistenciais quanto às boas práticas de armazenamento, conservação, transporte e utilização segura dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica será fundamentada em protocolos institucionais, procedimentos operacionais padronizados (POPs) e listas padronizadas de medicamentos e materiais assistenciais, definidos conforme o perfil operacional do SAMU 192 e as necessidades dos atendimentos realizados.

A padronização contemplará os principais cenários assistenciais atendidos pelo serviço, incluindo:

- emergências cardiovasculares;
- parada cardiorrespiratória;
- emergências neurológicas;
- crises convulsivas;
- insuficiência respiratória;
- atendimento ao trauma;
- situações de choque;
- emergências pediátricas;
- emergências obstétricas;
- intoxicações e demais condições clínicas críticas.

Dessa forma, o Serviço de Farmácia contribuirá para a manutenção da capacidade operacional do SAMU 192, garantindo que as equipes disponham dos recursos terapêuticos necessários para atuação rápida, segura e resolutiva nas situações de urgência e emergência.

Fluxo de Atendimento e Abastecimento das Unidades Móveis

O processo de gestão farmacêutica do SAMU 192 seguirá fluxo padronizado, garantindo disponibilidade contínua dos medicamentos e insumos necessários às equipes assistenciais, com controle técnico, rastreabilidade e segurança em todas as etapas do processo.

- **Planejamento e Programação**

A equipe farmacêutica realizará o planejamento das necessidades de medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos assistenciais considerando:

- histórico de consumo das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA);
- perfil epidemiológico das ocorrências atendidas;
- quantitativo e características das unidades móveis disponíveis;
- demanda assistencial das bases operacionais;
- protocolos clínicos e operacionais adotados pelo SAMU 192;
- necessidade de manutenção de estoque mínimo de segurança.

O planejamento permitirá garantir o abastecimento contínuo do serviço, evitando desabastecimentos e assegurando resposta adequada às situações críticas e tempo-dependentes.

- **Recebimento e Armazenamento**

Os medicamentos e insumos serão recebidos, conferidos e armazenados conforme as normas sanitárias vigentes e os procedimentos institucionais estabelecidos.

Serão observados:

- conferência quantitativa e qualitativa dos produtos recebidos;
- verificação de lote, validade e integridade das embalagens;
- condições adequadas de conservação;
- controle de temperatura dos medicamentos que necessitem de condições especiais;
- organização dos produtos por categoria e finalidade assistencial;
- registro das movimentações para garantia da rastreabilidade.

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão armazenados em condições específicas de segurança, com acesso restrito e controle rigoroso de movimentação, conforme legislação vigente.

- **Separação e Distribuição dos Medicamentos e Insumos**

O Serviço de Farmácia realizará a separação, organização e disponibilização dos medicamentos e materiais conforme a padronização dos

kits assistenciais destinados às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA).

A composição dos kits considerará:

- protocolos assistenciais vigentes;
- perfil operacional de cada unidade móvel;
- quantidade necessária para atendimento das ocorrências;
- segurança e facilidade de acesso durante o atendimento.

A distribuição interna será realizada de forma organizada, garantindo que cada ambulância permaneça devidamente equipada e preparada para os acionamentos do SAMU 192.

- **Reposição Após Atendimento**

Após cada ocorrência com utilização de medicamentos ou insumos, será realizada a conferência dos itens utilizados pelas equipes assistenciais, mediante análise dos registros da ocorrência e verificação dos kits, bolsas e compartimentos das unidades móveis.

A reposição será realizada de forma padronizada e em tempo oportuno, garantindo a recomposição dos estoques das ambulâncias e preservando a capacidade operacional contínua do SAMU 192.

As informações relacionadas ao consumo serão registradas para acompanhamento dos estoques, avaliação de perfil de utilização e planejamento das necessidades futuras.

- **Conferência dos Kits e Ambulâncias**

Serão realizadas inspeções periódicas dos kits assistenciais, bolsas de emergência, armários e compartimentos destinados ao armazenamento de medicamentos nas unidades móveis, verificando:

• quantidade disponível dos medicamentos e insumos;
• integridade das embalagens;
• prazo de validade dos produtos;
• condições adequadas de armazenamento e conservação;
• identificação e organização dos medicamentos;
• conformidade com os protocolos institucionais estabelecidos.

Essas conferências contribuirão para a segurança operacional das equipes e para a disponibilidade dos recursos necessários durante os atendimentos.

Atuação do Farmacêutico no SAMU 192

O farmacêutico atuará como responsável técnico pelo gerenciamento dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelo SAMU 192, contribuindo para a segurança do paciente, qualidade assistencial e conformidade dos processos farmacêuticos.

Entre suas atribuições estarão:

• supervisionar os processos de recebimento, armazenamento, controle, distribuição e reposição dos medicamentos e insumos;

• acompanhar o consumo e a movimentação dos estoques das unidades móveis e bases operacionais;

• elaborar, revisar e implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados à assistência farmacêutica;

• apoiar a elaboração, atualização e avaliação dos protocolos relacionados ao uso seguro de medicamentos;

• orientar as equipes assistenciais quanto às boas práticas de armazenamento, conservação, transporte e utilização dos medicamentos;

• acompanhar o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial conforme legislação sanitária vigente;

• participar das ações de educação permanente das equipes do SAMU 192, promovendo atualização quanto à segurança medicamentosa;

• monitorar indicadores relacionados à assistência farmacêutica, incluindo consumo, perdas, disponibilidade, conformidade dos kits e rastreabilidade dos medicamentos utilizados.

A atuação do farmacêutico integrada às equipes do SAMU 192 fortalecerá a segurança dos processos assistenciais, garantindo maior controle dos recursos terapêuticos e contribuindo para a eficiência operacional do atendimento pré-hospitalar móvel.

Integração com o Processo Assistencial do SAMU 192

O Serviço de Farmácia atuará de forma integrada ao processo assistencial do SAMU 192, garantindo que a gestão dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos esteja alinhada às necessidades operacionais das equipes de atendimento pré-hospitalar móvel.

A integração permanente entre a Farmácia, Coordenação do SAMU 192 e equipes assistenciais permitirá o acompanhamento contínuo do consumo dos medicamentos, avaliação das demandas assistenciais, adequação dos estoques, revisão dos kits de atendimento e aprimoramento dos protocolos relacionados à utilização dos recursos terapêuticos.

A atuação farmacêutica contribuirá para a segurança do paciente por meio da prevenção de falhas relacionadas à disponibilidade, identificação, armazenamento, conservação, rastreabilidade e utilização dos medicamentos durante as ocorrências.

Além disso, o Serviço de Farmácia participará das ações de melhoria contínua do SAMU 192, fornecendo suporte técnico às equipes, promovendo práticas seguras no manejo dos medicamentos e fortalecendo a qualidade e resolutividade do atendimento prestado à população.

Monitoramento e Melhoria Contínua

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará acompanhamento sistemático dos processos do Serviço de Farmácia do SAMU 192 por meio de indicadores operacionais e assistenciais, visando garantir a qualidade, segurança e eficiência da gestão dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel.

Serão monitorados, entre outros, os seguintes indicadores:

• controle de estoque e disponibilidade dos medicamentos e insumos essenciais;

• percentual de perdas relacionadas a vencimento, avarias ou inadequações de armazenamento;

• conformidade dos kits assistenciais das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA);

• disponibilidade de medicamentos críticos e estratégicos para atendimento das emergências;

• perfil de consumo dos medicamentos conforme tipo de ocorrência atendida;

• cumprimento das rotinas de conferência, controle, rastreabilidade e reposição dos itens utilizados;

• conformidade dos registros de movimentação e utilização dos medicamentos.

Os resultados obtidos serão avaliados periodicamente pela equipe responsável, subsidiando a implantação de ações corretivas, aprimoramento dos processos, adequação dos fluxos operacionais e melhoria contínua do Serviço de Farmácia do SAMU 192.

Dessa forma, a Organização Social assegurará um Serviço de Farmácia estruturado, integrado e alinhado às necessidades do atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo suporte técnico-assistencial permanente, disponibilidade segura de medicamentos e insumos e contribuindo para a eficiência operacional, resolutividade e segurança dos atendimentos de urgência e emergência prestados à população.

Gestão Técnica, Estrutura Operacional e Responsabilidades do Serviço de Farmácia do SAMU 192

O Serviço de Farmácia do SAMU 192 será coordenado por profissional farmacêutico legalmente habilitado e regularmente inscrito no Conselho Regional de Farmácia, responsável pela supervisão técnica das atividades, acompanhamento dos processos operacionais, cumprimento das exigências sanitárias vigentes e monitoramento dos indicadores relacionados à assistência farmacêutica.

A equipe será dimensionada de acordo com as necessidades operacionais do serviço, considerando o quantitativo de unidades móveis, bases

operacionais, volume de atendimentos e regime de funcionamento do SAMU 192, garantindo suporte técnico adequado às equipes assistenciais e gestão eficiente dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados nas ocorrências.

A organização das atividades farmacêuticas compreenderá:

- recebimento técnico e conferência dos medicamentos e insumos;
- armazenamento conforme normas sanitárias e requisitos de conservação;
- controle de estoque, lote e validade;
- organização e padronização dos kits assistenciais;
- abastecimento das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA);
- reposição dos medicamentos e materiais utilizados nas ocorrências;
- controle da movimentação dos produtos farmacêuticos;
- monitoramento permanente da disponibilidade dos recursos terapêuticos.

O farmacêutico responsável técnico atuará na garantia da conformidade sanitária dos processos relacionados aos medicamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando controle, rastreabilidade e segurança desde o recebimento até a utilização pelas equipes assistenciais.

Os medicamentos sujeitos a controle especial, psicotrópicos, entorpecentes e demais medicamentos que demandem controle específico serão submetidos a procedimentos diferenciados de armazenamento, acesso restrito, movimentação, registro e monitoramento, em conformidade com a legislação sanitária vigente, garantindo segurança e rastreabilidade integral dos produtos.

A gestão dos estoques será realizada por meio de sistema informatizado ou ferramenta institucional de controle, permitindo acompanhamento dos saldos disponíveis, identificação dos lotes, controle dos prazos de validade, monitoramento do consumo por unidade móvel ou tipo de ocorrência, identificação de estoques críticos e emissão de relatórios gerenciais para apoio à tomada de decisão.

O Serviço de Farmácia manterá comunicação permanente com a Coordenação do SAMU 192 e equipes assistenciais, promovendo o alinhamento

dos processos de assistência farmacêutica às necessidades operacionais do atendimento pré-hospitalar móvel, contribuindo para a continuidade assistencial, eficiência logística, segurança do paciente e qualidade dos serviços prestados à população.

Horário de Funcionamento - 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O Serviço de Farmácia vinculado ao SAMU 192 funcionará em regime compatível com a operação contínua do serviço de urgência e emergência, garantindo suporte técnico-assistencial permanente e disponibilidade ininterrupta dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos necessários ao atendimento das ocorrências.

A organização logística do serviço assegurará o abastecimento contínuo das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e bases operacionais, contemplando rotinas de conferência, reposição, controle de estoque, monitoramento de validade e manutenção dos kits assistenciais, de forma a preservar a capacidade operacional do SAMU 192 durante todos os períodos de funcionamento.

Estrutura Administrativa e de Pessoal

A estrutura de pessoal destinada ao Serviço de Farmácia do SAMU 192 será composta conforme o dimensionamento de recursos humanos estabelecido no Edital de Chamamento Público nº 01/2026, considerando as características operacionais do serviço, o regime de funcionamento ininterrupto, o quantitativo de unidades móveis, bases operacionais e a demanda assistencial do atendimento pré-hospitalar móvel.

A equipe será organizada de forma a garantir a execução adequada das atividades técnico-assistenciais, administrativas e logísticas relacionadas à gestão dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelo SAMU 192.

As atividades desenvolvidas contemplarão:

- recebimento e conferência técnica dos medicamentos e insumos;
- armazenamento e conservação conforme normas sanitárias vigentes;
- controle de estoque, lotes e prazos de validade;

- organização e montagem dos kits assistenciais das ambulâncias;
- distribuição interna às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA);
- reposição dos medicamentos e materiais utilizados nas ocorrências;
- controle dos medicamentos sujeitos a controle especial;
- monitoramento do consumo e rastreabilidade dos produtos;
- apoio às ações de farmacovigilância e segurança medicamentosa.

A composição da equipe garantirá suporte contínuo ao funcionamento do Serviço de Farmácia do SAMU 192, assegurando disponibilidade permanente dos recursos terapêuticos, eficiência operacional, conformidade sanitária e segurança nos processos relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

Atribuições e Competências

1. Farmacêutico

O farmacêutico será responsável pela gestão técnica e supervisão dos processos relacionados à Assistência Farmacêutica do SAMU 192, atuando na garantia da qualidade, segurança, rastreabilidade e disponibilidade dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelas equipes assistenciais.

Entre suas atribuições estarão:

• supervisionar os processos de recebimento, conferência, armazenamento, controle, distribuição e reposição dos medicamentos e insumos;

• acompanhar a movimentação dos estoques, consumo das unidades móveis e necessidades de abastecimento das bases operacionais;

• elaborar, revisar e implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados à gestão dos medicamentos no atendimento pré-hospitalar móvel;

• apoiar a elaboração, atualização e avaliação dos protocolos institucionais relacionados ao uso seguro de medicamentos;

• realizar acompanhamento dos medicamentos sujeitos a controle especial, garantindo conformidade com a legislação sanitária vigente;

• participar das ações de educação permanente das equipes do SAMU 192, promovendo capacitação relacionada à segurança medicamentosa, conservação, armazenamento e utilização dos medicamentos;

• emitir relatórios gerenciais e indicadores relacionados à assistência farmacêutica;

• acompanhar inventários periódicos e atuar na identificação, análise e tratamento de não conformidades relacionadas aos processos farmacêuticos.

---

2. Técnico de Farmácia

O Técnico de Farmácia atuará no apoio operacional às atividades desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia do SAMU 192, sob supervisão do farmacêutico responsável técnico.

Suas atribuições compreenderão:

• recebimento e conferência dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos;

• organização e armazenamento dos produtos conforme requisitos sanitários e procedimentos institucionais;

• controle de lotes, prazos de validade e condições de conservação dos medicamentos;

• separação, organização e preparação dos kits assistenciais destinados às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA);

• apoio na distribuição interna dos medicamentos e materiais às unidades móveis;

• registro das movimentações de entrada, saída e reposição dos produtos em sistema informatizado ou instrumento institucional de controle;

• apoio na realização de inventários físicos e conferências periódicas dos estoques;

• manutenção da organização dos ambientes de armazenamento e áreas destinadas à guarda dos medicamentos;

• identificação de necessidades de reposição e comunicação ao farmacêutico responsável;

• apoio aos controles documentais dos medicamentos sujeitos a controle especial, conforme orientações e legislação vigente.

A atuação integrada entre farmacêutico e técnico de farmácia permitirá a manutenção de elevados padrões de qualidade, segurança, eficiência operacional e conformidade regulatória, assegurando o adequado gerenciamento dos medicamentos e insumos utilizados pelo SAMU 192 e garantindo suporte contínuo às equipes de atendimento pré-hospitalar móvel.

A composição da equipe observará as exigências legais aplicáveis às atividades farmacêuticas, os princípios da eficiência operacional, continuidade do serviço, segurança do paciente e qualidade assistencial, possibilitando resposta adequada às necessidades operacionais do SAMU 192.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a qualificação contínua dos profissionais vinculados ao Serviço de Farmácia por meio de Programa de Educação Permanente, contemplando temas como:

• legislação sanitária aplicada aos serviços de urgência e emergência;

• armazenamento, transporte e conservação de medicamentos;

• controle de medicamentos sujeitos a controle especial;

• rastreabilidade e segurança medicamentosa;

• farmacovigilância;

• prevenção de erros relacionados a medicamentos;

• sistemas informatizados de controle;

• protocolos institucionais do SAMU 192;

• boas práticas na gestão de medicamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel.

Sistema de Organização, Rastreamento e Distribuição Segura de Medicamentos para Unidades Móveis

Com o objetivo de fortalecer a segurança do paciente, qualificar os processos assistenciais e ampliar a eficiência da gestão farmacêutica, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um sistema padronizado de organização, distribuição e rastreabilidade dos medicamentos utilizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

A proposta será estruturada considerando as características específicas do atendimento pré-hospitalar móvel, no qual há necessidade de disponibilidade imediata de medicamentos, agilidade operacional, controle rigoroso dos estoques e garantia de acesso seguro aos recursos terapêuticos durante as ocorrências.

O modelo adotado terá como objetivo assegurar que as Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e bases operacionais disponham de kits assistenciais padronizados, organizados conforme protocolos institucionais, perfil de atendimento e necessidade operacional do serviço.

A metodologia contemplará a organização individualizada dos medicamentos por kits e compartimentos assistenciais, com identificação dos produtos, controle de lote, validade, quantidade disponível e registro das movimentações realizadas, permitindo rastreabilidade desde o recebimento até a utilização nas ocorrências.

A Farmácia realizará a conferência técnica dos medicamentos destinados às unidades móveis, garantindo que os itens estejam adequadamente acondicionados, identificados e disponíveis conforme os protocolos assistenciais estabelecidos para o SAMU 192.

Esse processo permitirá maior controle sobre a utilização dos medicamentos, contribuindo para a prevenção de falhas relacionadas à ausência de itens, vencimento de produtos, armazenamento inadequado, divergências de estoque e utilização de medicamentos fora dos padrões institucionais.

A organização padronizada dos kits assistenciais favorecerá a segurança operacional das equipes, reduzindo o tempo necessário para

conferência e reposição dos materiais após os atendimentos e permitindo maior agilidade na preparação das unidades móveis para novos acionamentos.

A rastreabilidade dos medicamentos será assegurada por meio do controle de entradas, saídas, lotes, validade, destino e utilização dos produtos, fortalecendo as ações de farmacovigilância, investigação de ocorrências relacionadas a medicamentos e atendimento às exigências sanitárias vigentes.

A implantação desse modelo permitirá maior integração entre Farmácia, Coordenação do SAMU 192 e equipes assistenciais, promovendo melhoria contínua dos processos relacionados ao gerenciamento dos medicamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel.

A viabilidade técnica da proposta está fundamentada na experiência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo na gestão de serviços de saúde, na atuação de profissionais farmacêuticos qualificados, na utilização de ferramentas informatizadas de controle e na adoção de protocolos operacionais padronizados.

Como resultados esperados, a implantação do sistema de organização e distribuição segura de medicamentos contribuirá para:

- redução de perdas e desperdícios;
- maior controle dos estoques;
- melhoria da rastreabilidade dos medicamentos utilizados nas ocorrências;
- redução de riscos relacionados ao uso inadequado de medicamentos;
- maior segurança para pacientes e equipes assistenciais;
- fortalecimento da qualidade e eficiência operacional do SAMU 192.

Dessa forma, o Serviço de Farmácia assegurará uma gestão qualificada dos medicamentos, garantindo disponibilidade, segurança e confiabilidade dos recursos terapêuticos necessários ao atendimento das situações de urgência e emergência.

Gestão dos Medicamentos Utilizados nas Ocorrências

- **Gestão dos Medicamentos Utilizados nas Emergências**

A gestão dos medicamentos utilizados nas ocorrências de urgência e emergência será realizada por meio de processos padronizados que garantam disponibilidade imediata, segurança na utilização, controle operacional e rastreabilidade dos produtos empregados pelas equipes assistenciais do SAMU 192.

O processo contemplará:

- **Controle dos medicamentos utilizados nas emergências:** gerenciamento dos medicamentos padronizados para atendimento das principais situações clínicas atendidas pelo SAMU 192, incluindo emergências cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, traumáticas, pediátricas e demais condições críticas, assegurando disponibilidade permanente dos itens essenciais nas Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA).
- **Conferência após atendimento:** após cada ocorrência, será realizada a conferência dos medicamentos e insumos utilizados pelas equipes assistenciais, mediante análise dos registros assistenciais e verificação dos compartimentos, bolsas e kits de emergência das ambulâncias, identificando necessidades de reposição e possíveis inconsistências.
- **Registro de consumo:** todos os medicamentos utilizados serão registrados em sistema ou instrumento institucional de controle, permitindo acompanhamento do consumo por viatura, tipo de atendimento, período e perfil das ocorrências, subsidiando o planejamento dos estoques e a gestão dos recursos.
- **Reposição imediata dos medicamentos e insumos:** após a utilização em atendimento, será realizada a reposição dos itens consumidos, garantindo que as unidades móveis permaneçam continuamente abastecidas e preparadas para novos chamados, preservando a capacidade de resposta do SAMU 192.

- **Rastreabilidade por lote:** será assegurado o controle dos medicamentos desde o recebimento até sua utilização, contemplando identificação do lote, fabricante, validade, unidade móvel de destino e registros de movimentação, permitindo rastreamento completo em casos de investigação sanitária, recolhimentos ou eventos adversos.
- **Controle de validade e condições de armazenamento:** serão realizadas inspeções periódicas dos medicamentos armazenados nas bases operacionais, ambulâncias, bolsas e kits assistenciais, verificando prazos de validade, integridade das embalagens, condições ambientais e conformidade com os protocolos institucionais, prevenindo perdas e garantindo segurança terapêutica.

A adoção desses processos permitirá ao Serviço de Farmácia do SAMU 192 assegurar continuidade operacional, segurança medicamentosa, redução de desperdícios e suporte qualificado às equipes de atendimento pré-hospitalar móvel, contribuindo para a resolutividade e qualidade da assistência prestada à população.

Métodos de Controle sobre Fármacos Controlados e Medicamentos de Alta Vigilância no SAMU 192

A gestão dos medicamentos sujeitos a controle especial, psicotrópicos, entorpecentes, antimicrobianos e medicamentos de alta vigilância utilizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) será conduzida por meio de metodologia específica de controle farmacêutico, desenvolvida para assegurar rastreabilidade, conformidade regulatória, segurança do paciente e utilização adequada dos recursos terapêuticos.

A proposta estará fundamentada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na legislação sanitária vigente, na Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações, nas normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nas regulamentações do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e nos protocolos institucionais adotados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

A responsabilidade técnica pelos processos relacionados ao recebimento, armazenamento, controle, distribuição interna, reposição e monitoramento desses medicamentos será exercida pelo farmacêutico responsável técnico, que atuará na supervisão dos estoques, validação dos registros, análise das movimentações e acompanhamento da conformidade dos processos operacionais.

Como método de controle, os medicamentos sujeitos a controle especial e de alta vigilância serão registrados individualmente em sistema informatizado ou instrumento institucional de controle, permitindo acompanhamento das entradas, saídas, transferências, utilização nas unidades móveis, reposições, perdas e saldos disponíveis.

O sistema possibilitará rastreabilidade integral dos produtos por lote, validade, origem, destino e unidade móvel vinculada, permitindo controle efetivo dos medicamentos utilizados nas ocorrências e fornecendo informações gerenciais para avaliação dos processos e tomada de decisão.

O recebimento técnico dos medicamentos compreenderá a conferência documental, verificação de lote, validade, integridade das embalagens, condições de transporte e conformidade com os padrões institucionais estabelecidos. Somente após a validação técnica os produtos serão incorporados ao estoque do Serviço de Farmácia do SAMU 192.

O armazenamento será realizado em áreas específicas, organizadas e com controle restrito de acesso, observando requisitos de segurança física, condições ambientais adequadas, organização por categoria terapêutica e monitoramento das condições de conservação.

Os medicamentos sujeitos a controle especial permanecerão armazenados em local apropriado, com acesso limitado aos profissionais autorizados, garantindo segurança, controle documental e conformidade com os requisitos estabelecidos pela legislação sanitária vigente.

A disponibilização dos medicamentos às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e bases operacionais ocorrerá mediante controle rigoroso das movimentações,

garantindo registro dos quantitativos encaminhados, utilização nas ocorrências e reposição dos itens consumidos.

Para os medicamentos sujeitos à Portaria SVS/MS nº 344/1998 serão observados os requisitos relacionados ao controle de movimentação, registros obrigatórios, documentação comprobatória, armazenamento seguro e demais exigências estabelecidas pelos órgãos reguladores.

Como mecanismo complementar de controle, serão realizados inventários periódicos, conferências sistemáticas dos estoques, auditorias internas e monitoramento de indicadores relacionados a perdas, divergências, consumo, validade e movimentação dos medicamentos controlados.

Eventuais inconsistências identificadas serão submetidas à análise técnica, investigação das causas, registro das ocorrências e implantação de ações corretivas e preventivas, visando o aprimoramento contínuo dos processos.

A proposta contempla ainda a integração das ações de farmacovigilância ao gerenciamento dos medicamentos de maior risco, permitindo o monitoramento de eventos adversos, queixas técnicas e ocorrências relacionadas à utilização dos produtos, fortalecendo as estratégias institucionais de segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais.

A adoção desses mecanismos proporcionará maior confiabilidade dos controles farmacêuticos, redução de perdas, prevenção de desvios, utilização segura dos medicamentos e fortalecimento da conformidade sanitária, contribuindo para a qualidade e segurança dos atendimentos realizados pelo SAMU 192.

Como resultado, espera-se garantir elevado padrão de governança na gestão dos medicamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando disponibilidade, rastreabilidade e segurança dos recursos terapêuticos necessários às situações de urgência e emergência.

Protocolos, Fluxos e Rotinas do Serviço de Farmácia do SAMU 192

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um modelo de gestão farmacêutica fundamentado na padronização de protocolos, fluxos operacionais e rotinas técnicas, assegurando a organização dos processos, segurança do paciente, rastreabilidade dos medicamentos, conformidade regulatória e eficiência na utilização dos recursos destinados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

O Serviço de Farmácia será estruturado como suporte técnico-assistencial ao atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, garantindo disponibilidade contínua dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos necessários às Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA) e bases operacionais.

Todos os processos serão executados em conformidade com as Boas Práticas Farmacêuticas, legislação sanitária vigente, normas aplicáveis aos serviços de urgência e emergência, regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Federal de Farmácia (CFF), protocolos institucionais e diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Protocolos Assistenciais e Operacionais

O Serviço de Farmácia do SAMU 192 atuará com protocolos padronizados que orientarão todas as atividades relacionadas ao gerenciamento dos medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos utilizados pelas equipes assistenciais, garantindo segurança operacional, redução de riscos e melhoria contínua dos processos.

Serão implantados e mantidos protocolos específicos para:

• recebimento, conferência e armazenamento de medicamentos e insumos;

• organização, montagem e controle dos kits assistenciais das Unidades Móveis de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA);

• controle e rastreabilidade dos medicamentos utilizados nas ocorrências;

• reposição dos medicamentos e materiais após os atendimentos realizados;

• controle de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme legislação vigente;

• controle de medicamentos potencialmente perigosos;

• controle de temperatura, umidade e condições adequadas de armazenamento;

• controle de validade, integridade das embalagens e estabilidade dos produtos;

• gestão de estoques, inventários e movimentações internas;

• farmacovigilância, registro e acompanhamento de eventos relacionados a medicamentos;

• gestão de não conformidades e implantação de ações corretivas e preventivas.

A padronização dos protocolos permitirá maior segurança assistencial, controle dos processos farmacêuticos, rastreabilidade dos medicamentos utilizados e conformidade com as exigências sanitárias e contratuais.

Fluxos Operacionais do Serviço de Farmácia

Os fluxos operacionais serão estruturados considerando as características específicas do atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo agilidade, segurança e disponibilidade imediata dos recursos terapêuticos necessários às situações críticas e tempo-dependentes.

O fluxo de gerenciamento dos medicamentos contemplará:

• planejamento das necessidades de medicamentos e insumos conforme histórico de consumo, perfil das ocorrências e protocolos assistenciais;

• recebimento técnico e conferência dos produtos quanto à quantidade, lote, validade, integridade das embalagens e condições de transporte;

• armazenamento conforme requisitos sanitários e critérios de organização estabelecidos;

• separação e organização dos medicamentos e materiais conforme padronização dos kits assistenciais;

• distribuição interna dos medicamentos às unidades móveis e bases operacionais;

• conferência periódica dos compartimentos, bolsas e kits de emergência das ambulâncias;

• reposição imediata dos itens utilizados após as ocorrências;

• registro das movimentações de entrada, saída, transferência e utilização dos medicamentos;

• acompanhamento da rastreabilidade dos produtos desde o recebimento até sua utilização.

Para os medicamentos sujeitos a controle especial serão adotados fluxos específicos envolvendo armazenamento seguro, acesso restrito, controle documental, registro das movimentações e monitoramento permanente, garantindo conformidade com a legislação sanitária vigente.

Rotinas de Controle e Armazenamento

A gestão dos estoques será realizada por meio de rotinas permanentes de monitoramento e controle, assegurando disponibilidade contínua dos medicamentos e preservação das características físico-químicas dos produtos utilizados pelo SAMU 192.

As rotinas compreenderão:

• recebimento técnico e conferência dos medicamentos e insumos;

• organização dos estoques conforme critérios sanitários e protocolos institucionais;

• controle de lote e prazo de validade;

• monitoramento das condições ambientais de armazenamento;

• controle de temperatura e umidade quando aplicável;

• controle específico de medicamentos termolábeis;

• realização de inventários periódicos;

• gerenciamento de perdas, vencimentos e avarias;

• controle dos medicamentos sujeitos a controle especial;

• conferência sistemática dos kits assistenciais das ambulâncias;

• identificação de necessidades de reposição e ajustes de estoque.

Essas ações contribuirão para redução de perdas, prevenção de desabastecimentos e fortalecimento da segurança dos processos relacionados aos medicamentos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel.

Rotinas de Segurança do Paciente e Farmacovigilância

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo incorporará ao Serviço de Farmácia do SAMU 192 mecanismos voltados à prevenção de incidentes relacionados aos medicamentos e à melhoria contínua da segurança assistencial.

Serão desenvolvidas ações visando:

• monitoramento dos medicamentos utilizados nas ocorrências;

• identificação e registro de eventos adversos relacionados aos medicamentos;

• registro, análise e tratamento de queixas técnicas;

• controle de medicamentos potencialmente perigosos;

• acompanhamento de desvios e não conformidades relacionadas aos processos farmacêuticos;

• promoção do uso seguro dos medicamentos pelas equipes assistenciais;

• orientação técnica quanto ao armazenamento, conservação e utilização adequada dos medicamentos.

A adoção dessas práticas contribuirá para redução dos riscos assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente e qualificação dos atendimentos realizados pelo SAMU 192.

Monitoramento, Auditoria e Melhoria Contínua

Todos os protocolos, fluxos e rotinas do Serviço de Farmácia do SAMU 192 serão monitorados continuamente por meio de indicadores operacionais e assistenciais, auditorias internas e avaliações periódicas dos processos.

Serão acompanhados, entre outros:

• disponibilidade de medicamentos críticos para atendimento das urgências e emergências;

• conformidade dos kits assistenciais das unidades móveis;
• índice de perdas por vencimento ou inadequação de armazenamento;
• divergências de estoque;
• rastreabilidade dos medicamentos utilizados nas ocorrências;
• cumprimento das rotinas de conferência e reposição;
• conformidade dos registros farmacêuticos;
• eventos relacionados ao uso de medicamentos;
• indicadores de não conformidades e ações corretivas implantadas.

Os resultados obtidos serão analisados periodicamente e utilizados para elaboração de planos de ação, revisão dos procedimentos operacionais e desenvolvimento de ações de educação permanente, promovendo melhoria contínua da assistência farmacêutica e aperfeiçoamento dos processos do SAMU 192.

8.4 D. Proposta de Fluxo de Referência e Contrarreferência com os Demais Serviços de Saúde da Rede Municipal e Regional

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o fluxo de referência e contrarreferência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em conformidade com as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), assegurando a integração entre a Central de Regulação das Urgências, as equipes de suporte móvel e os diversos pontos da Rede Municipal e Regional de Saúde, com o objetivo de garantir resposta oportuna, continuidade da assistência e segurança do paciente.

O processo assistencial será iniciado a partir do acionamento do SAMU 192, quando a Central de Regulação das Urgências realizará a classificação da demanda, a avaliação da gravidade, a definição do recurso assistencial mais adequado e o despacho da equipe de suporte correspondente, observando os protocolos clínicos, operacionais e regulatórios vigentes.

Após a avaliação no local da ocorrência, a equipe assistencial realizará a estabilização inicial do paciente, instituindo as medidas de suporte compatíveis

com sua condição clínica e comunicando continuamente a Central de Regulação sobre a evolução do atendimento, permitindo a definição do destino mais apropriado conforme o perfil assistencial da unidade de referência, disponibilidade operacional e necessidades clínicas do usuário.

Os pacientes poderão ser referenciados para Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais gerais, hospitais especializados, maternidades, serviços de referência em trauma, neurologia, cardiologia, psiquiatria, pediatria, centros de queimados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em situações de urgência psiquiátrica, ou demais serviços integrantes da Rede Municipal e Regional de Saúde, de acordo com os protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Central de Regulação.

Durante todo o atendimento, as informações clínicas serão registradas em sistema oficial e nos instrumentos operacionais adotados pelo SAMU 192, garantindo rastreabilidade, segurança das informações, comunicação entre os serviços e adequada documentação do atendimento prestado.

O processo de contrarreferência ocorrerá mediante o compartilhamento das informações clínicas entre o serviço de destino e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo que as equipes responsáveis pelo seguimento do usuário tenham acesso às condutas adotadas, diagnósticos estabelecidos, exames realizados, terapêutica instituída e recomendações para continuidade do cuidado.

A Irmandade promoverá a integração permanente entre o SAMU 192, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Primária à Saúde, serviços especializados e demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo os mecanismos de comunicação assistencial, matriciamento, discussão de casos, elaboração de fluxos integrados e atualização permanente dos protocolos operacionais.

O acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência será realizado por meio da análise sistemática dos registros assistenciais, indicadores operacionais e relatórios gerenciais, permitindo avaliar o tempo de resposta, tempo de regulação, tempo de atendimento, tempo de transporte, adequação do

encaminhamento, desfecho dos atendimentos, qualidade dos registros, retorno das informações assistenciais e integração entre os diferentes serviços da Rede.

Serão desenvolvidas ações permanentes de monitoramento e melhoria contínua, incluindo auditoria dos atendimentos, reuniões técnicas, educação permanente das equipes, análise de eventos críticos, revisão periódica dos fluxos operacionais e avaliação dos indicadores pactuados no Contrato de Gestão, visando ao fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência, à qualificação da assistência prestada e à garantia da integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

8.5 E. Proposta de Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário com Aplicação de Pesquisa de Satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU será implantando nas Unidades para desenvolver atividade de pesquisas de satisfação do atendimento prestado nesta unidade, terá como finalidade receber os usuários de forma mais próxima e cordial, promovendo melhor comunicação interna entre usuários e equipes, buscaremos a melhoria da qualidade do atendimento.

Horário de Funcionamento

A entrevista com os usuários e/ou acompanhantes será realizada diariamente, durante todos os dias da semana, observando o horário de funcionamento de cada unidade de saúde ou serviço, incluindo os serviços de funcionamento ininterrupto, quando aplicável.

Canais de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) disponibilizará múltiplos canais de comunicação, garantindo aos usuários, familiares e acompanhantes acesso facilitado para registro de reclamações, sugestões, elogios, solicitações de informação e demais manifestações relacionadas aos serviços prestados. Os

canais serão organizados de forma a assegurar acolhimento, confidencialidade, rastreabilidade das demandas e tratamento adequado das informações, em conformidade com os princípios da humanização, transparência e melhoria contínua da qualidade.

Os canais de atendimento poderão contemplar:

CANAIS DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

CANAL	FINALIDADE
ATENDIMENTO PRESENCIAL	Recebimento de manifestações, orientações e esclarecimentos diretamente nas unidades de saúde ou serviço.
PESQUISA DE SATISFAÇÃO	Coleta sistemática da percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado.
FORMULÁRIOS IMPRESSOS	Registro espontâneo de reclamações, sugestões, elogios e demais manifestações.
CAIXA DE SUGESTÕES	Recebimento contínuo de manifestações espontâneas dos usuários.
TELEFONE INSTITUCIONAL	Atendimento remoto para recebimento de manifestações e prestação de informações, quando aplicável.
CORREIO ELETRÔNICO INSTITUCIONAL	Recebimento eletrônico de manifestações e acompanhamento das demandas, quando disponibilizado.
FORMULÁRIO ELETRÔNICO OU OUTRO CANAL DIGITAL	Registro eletrônico das manifestações, conforme disponibilidade tecnológica da contratante e da contratada.

Todos os registros recebidos por qualquer um dos canais disponibilizados serão inseridos em controle próprio do Serviço de Atendimento ao Usuário, permitindo o acompanhamento de cada demanda desde o seu recebimento até a conclusão das providências adotadas e a respectiva devolutiva ao manifestante, quando cabível.

Funcionamento do Serviço

Realizaremos a captação de dados através de documento padronizado que avaliará a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados, estando disponível espaço para comentários para sugestões. A metodologia utilizada para apresentação dos resultados, abrangerá os índices de satisfação específicos como: muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito e não utilizou o serviço

em suas especificidades. Permitirá o acompanhamento e comparação dos itens pesquisados, de maneira justa e coerente, bem como, o apontamento das melhorias praticadas e os pontos de atenção, sempre em relação às respostas obtidas.

Além da pesquisa de satisfação, a equipe do SAU, desenvolverá o papel em coletar relatos de reclamações e/ou elogios dos usuários, de forma imparcial, buscando sempre o atendimento humanizado.

Relatório Mensal

Periodicidade: Mensal.

Gráficos das Pesquisas de Satisfação;

Análise dos resultados obtidos;

Comentários na íntegra dos usuários;

Ações traçadas para as reclamações, sugestões e até mesmo elogios;

Retorno sobre a providência tomada frente ao problema.

Relatório Anual

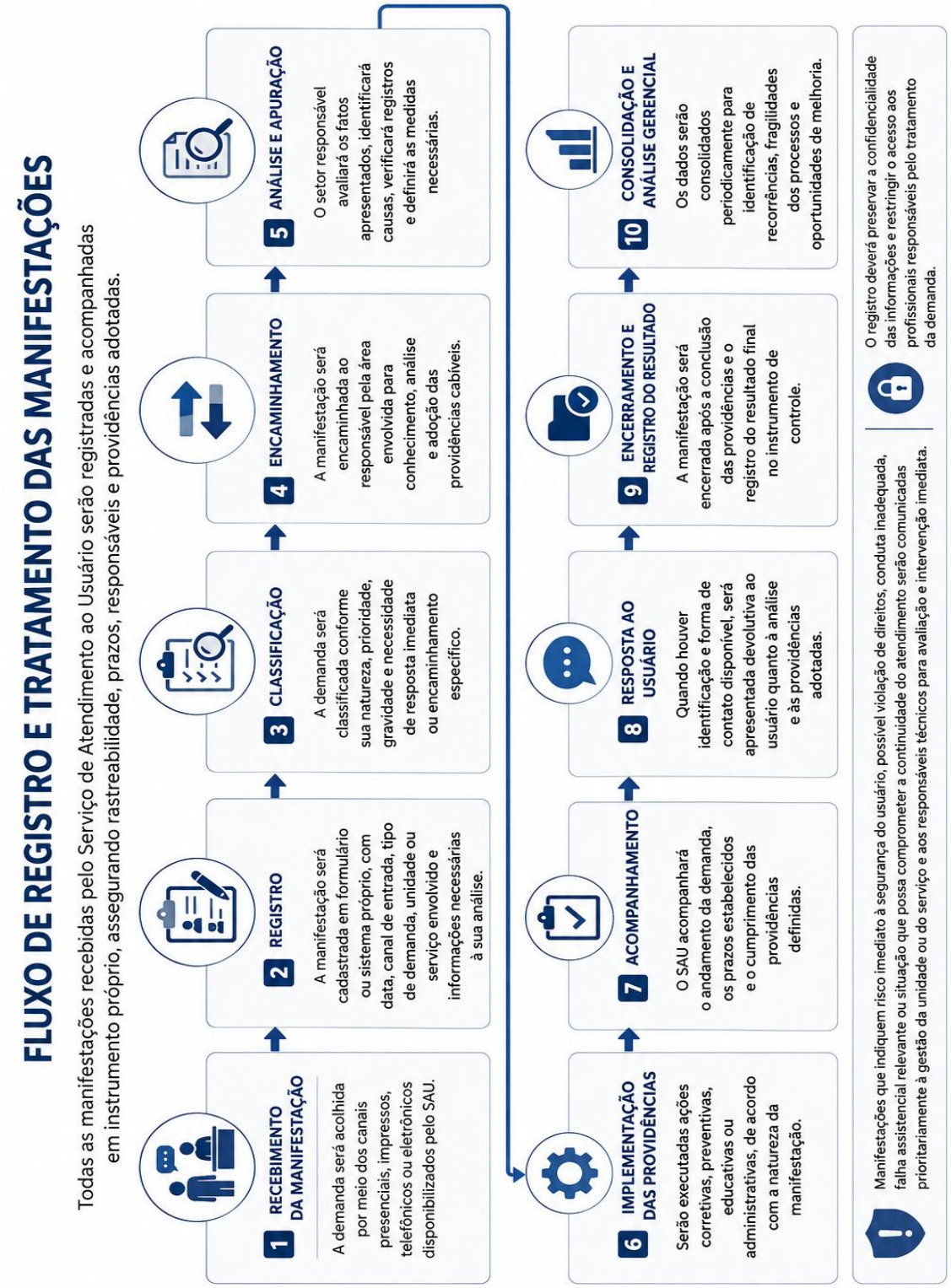
Periodicidade: Anual.

Indicadores: consolidar as informações do ano (utilizar a ficha do indicador).

Fluxo de Registro e Tratamento das Manifestações

Todas as manifestações recebidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão registradas e acompanhadas em instrumento próprio, físico ou eletrônico, de modo a assegurar rastreabilidade, controle dos prazos, identificação dos responsáveis e registro das providências adotadas.

O fluxo será aplicado às reclamações, sugestões, elogios, solicitações de informação e denúncias recebidas pelos canais disponibilizados, observando as seguintes etapas:



As manifestações que indiquem risco imediato à segurança do usuário, possível violação de direitos, conduta inadequada, falha assistencial relevante ou situação que possa comprometer a continuidade do atendimento serão comunicadas prioritariamente à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos, para avaliação e intervenção imediata.

O registro deverá preservar a confidencialidade das informações e restringir o acesso aos profissionais responsáveis pelo tratamento da demanda. Quando a manifestação for anônima, será realizada análise conforme os elementos disponíveis, ainda que não seja possível fornecer resposta individual ao manifestante.

O Serviço de Atendimento ao Usuário manterá controle das demandas recebidas, dos encaminhamentos realizados, das providências adotadas, dos prazos de resposta e das manifestações pendentes, permitindo o acompanhamento sistemático e a elaboração de relatórios gerenciais.

Pesquisa de Satisfação dos Usuários

Caracterização:

De acordo com Donabedian (1980) a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. No que se refere à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, acolhe sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode dar-se em seus três componentes: estrutura, que compreende os recursos utilizados pelo serviço, processo, que inclui procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes e resultado, que abrange o estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (OLIVEIRA, 1992), sendo

também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo (DONABEDIAN, 1980).

Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos. Faz-se importante ressaltar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social, esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (DONABEDIAN, 1980; FITZPATRICK; HOPKINS, 1983).

A Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

Registrar a opinião do usuário e/ou seu responsável no momento da alta do serviço de saúde;

Registrar a opinião do usuário e/ou responsável após a finalização do atendimento ambulatorial e de urgência e emergência;

Estimar a satisfação dos usuários;

Determinar ações estratégicas voltadas aos usuários.

Composição: Auxiliar de Atendimento, Assistente Social, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Executores Administrativos.

Descrição das atividades realizadas: Diariamente funcionários devidamente capacitados, aplicarão o instrumento que medirá a satisfação do cliente em relação à assistência recebida. No caso do ambulatório, o questionário será aplicado em horários alternados e após o atendimento médico o questionário será disponibilizado aos familiares, sob orientação do Auxiliar de Atendimento do SAU, e nos casos de internação e/ou permanência em observação, o questionário poderá ser aplicado durante a permanência na

instituição e/ou poder ser disponibilizado aos pacientes para preenchimento após a alta, sob orientação dos executores administrativos.

Os questionários serão mensurados e seus resultados analisados visando elaborar medidas de ajuste; reproduzir e encaminhar elogios para ciência dos interessados.

As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e as relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas às unidades, para conhecimento e utilização, se for o caso.

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário tem como objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal, qualidade e higiene das instalações físicas e dos equipamentos.

Metodologia de Aplicação do Questionário

Nas Unidades de Saúde: Durante a permanência do usuário na unidade para atendimento, consulta, procedimento, vacinação, coleta de exames ou outros serviços assistenciais, será disponibilizado o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, acompanhado de orientações quanto à sua finalidade, importância e ao direito de manifestação. Os formulários permanecerão disponíveis em local de fácil acesso, preferencialmente na recepção ou em outro ponto definido pela gestão da unidade, juntamente com urna destinada ao seu depósito. O preenchimento será realizado, preferencialmente, após a conclusão do atendimento. Em horários alternados, o profissional designado pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) poderá realizar entrevistas presenciais para avaliação da satisfação dos usuários.

No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192): A pesquisa de satisfação será realizada, preferencialmente, após a conclusão do atendimento ou encerramento da ocorrência, por meio de contato telefônico, formulário eletrônico ou outro instrumento definido pela gestão do contrato, observando a viabilidade operacional e preservando a continuidade da

assistência. O usuário ou seu familiar será orientado quanto à importância da avaliação como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Insumos e Estrutura Necessários: Formulários impressos e/ou eletrônicos, urna para coleta dos questionários nas unidades de saúde, equipamentos de informática e telefonia quando aplicável, além de profissionais capacitados para orientação aos usuários, realização das entrevistas, consolidação das informações e elaboração dos relatórios gerenciais.

Método de avaliação dos indicadores de qualidade: a equipe do Serviço de Atendimento ao Usuário realizará mensalmente a avaliação dos indicadores supracitados, em formulário próprio, o qual alimentará o banco de dados do serviço. Os resultados serão apresentados por meio de frequências, expostos em tabelas e/ou gráficos.

Sistemática das ações corretivas: mediante a apresentação do resultado da Pesquisa de Satisfação do Usuário o responsável pela realização da Pesquisa de Satisfação do usuário estabelecerá sistemática para identificação de não conformidade relativa sistema de qualidade da unidade e investigação das causas, a fim de corrigir as não conformidades identificadas e evitar que ocorram novamente.

Para isso, será: descrito em formulário a não conformidade; apresentado o resultado de investigação das causas; implementada a ação corretiva e avaliação dos resultados da implementação da ação corretiva.

Resultados Esperados: Através da Pesquisa de Satisfação dos usuários e nas diversas sugestões recebidas em nossas Caixas de Sugestões e através das entrevistas, conseguiremos identificar as “carências” e os tipos de problemas que levam os usuários a registrarem as queixas/reclamações. Isso possibilitará também o mapeamento das áreas onde ocorrem as maiores manifestações. Outro fato relevante será a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais.

Instrumento para Pesquisa de Satisfação dos usuários:

SANTA CASA São Bernardo do Campo

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

☐ Usuário ☐ Acompanhante ☐ Masc ☐ Fem Data: __/__/__

Primeira vez no Pronto Atendimento Adulto e Infantil? ☐ Sim ☐ Não

Avalie os itens abaixo, de acordo com o atendimento recebido:

Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou

1. Facilidade para ser atendido:
2. Atendimento por parte da recepção:
3. Tempo na sala de espera:
4. Atendimento do profissional de enfermagem:
5. Atendimento do profissional médico:
6. Atendimento do profissional do serviço social:
7. Atendimento do profissional de fisioterapia:
8. Atendimento do profissional de nutrição:
9. Atendimento do profissional dentista:
10. Atendimento durante a realização de exames (*imagens, métodos gráficos e/ou laboratoriais*):
11. Qualidade da alimentação:
12. Qualidade de higiene e limpeza:
13. Aparência, organização e conforto da Unidade:
14. Avaliação geral do atendimento:

Especialidade: ☐ Pediatria ☐ Ginecologia ☐ Ortopedia ☐ Clínica Médica
Tipos de Exames: ☐ Laboratorial ☐ USG ☐ Raio X ☐ Métodos Gráficos

Sugira como melhorar o atendimento:

_____

_____

_____

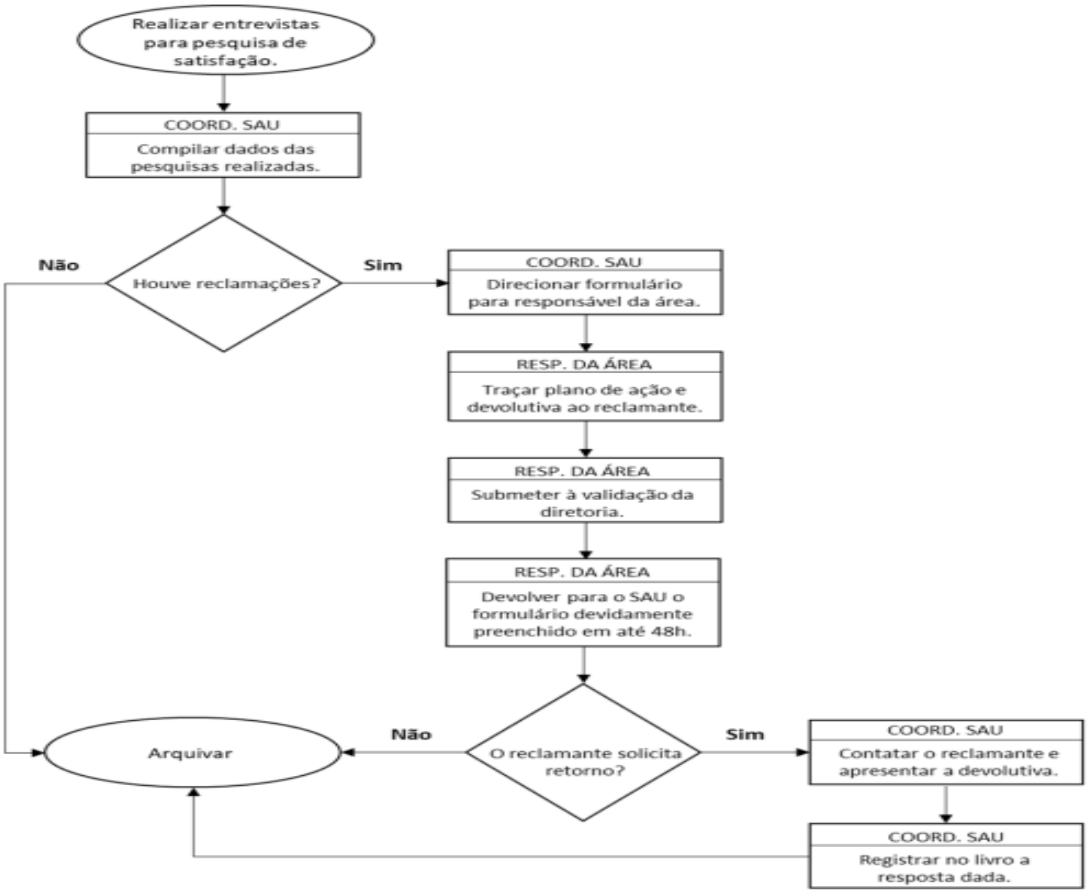
Você recomendaria o Pronto Atendimento e Infantil a outras pessoas? ☐ Sim ☐ Não
Você voltaria a utilizar este serviço? ☐ Sim ☐ Não

Resultado das Pesquisas

As manifestações serão compiladas e após análise serão direcionadas as áreas competentes para ciência e devidas providências. Após este processamento, o SAU, encaminhará devolutiva da manifestação ao usuário. A prioridade será responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, prazos e soluções.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação dos Usuários serão enviados aos gestores para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências para resolução do problema.

Fluxo de tratativa das reclamações dos Usuários/acompanhantes, através da pesquisa de satisfação.



Estrutura do Serviço de Atendimento ao Usuário

Os serviços praticados pelo SAU, terá como finalidade acolher ainda mais os nossos usuários/acompanhantes, de forma transparente, humanizada e com qualidade.

Pensando no atendimento adequado aos usuários, disponibilizaremos uma sala exclusiva para o acolhimento do usuário/acompanhante, com placa de identificação, a fim de identificar o local e facilitar o acesso ao nosso público para que haja procura espontânea. Em complemento com o serviço da busca ativa nos setores assistenciais, abordando os usuários. Aplicaremos a disseminação da informação aos nossos usuários/ acompanhantes sobre o que é o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

O intuito desta ação é fazer o público conhecer o serviço e aderir à procura espontânea e consequentemente aumentar o número de pesquisas de satisfação, elogios, sugestões e/ou reclamações.

Cronograma de Implantação e Atividades

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E ATIVIDADES – SAU

SERVIÇO /ÁREA	ATIVIDADE	MESES DE IMPLANTAÇÃO E ATIVIDADES												OBSERVAÇÕES
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	
SAU	Designação formal dos responsáveis	X												Nomeação/equipe
SAU	Capacitação dos profissionais aplicadores	X												Treinamento em acolhimento e pesquisa
SAU	Elaboração e parametrização do instrumento de pesquisa	X												Adaptação de questionário conforme demanda
SAU	Organização da sala exclusiva para o SAU	X												Preparação de estrutura física
SAU	Aplicação diária do questionário de satisfação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cobertura todos os dias, coleta permanente
SAU	Consolidação mensal dos indicadores, elaboração de relatórios gerenciais e acompanhamento contratual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Relatório até o dia 10 de cada mês
SAU	Elaboração dos relatórios para monitoramento do Contrato de Gestão e prestação de contas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Subsídio aos relatórios gerenciais, Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, SMS e órgãos de controle
SAU	Elaboração de relatório anual consolidado												X	Relatório até o dia 20 de janeiro seguinte
SAU	Sistematização de encaminhamento das manifestações		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Encaminhamento para setores responsáveis
SAU	Monitoramento de providências e ações corretivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Checagem dos resultados e feedback ao usuário
SAU	Apresentação dos resultados à gestão, divulgação institucional e utilização das informações para melhoria contínua		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Divulgação para equipes, reuniões gerenciais e usuários
SAU	Revisão anual dos instrumentos, fluxos operacionais e indicadores do SAU												X	Avaliação de método e atualização estratégica

Classificação e Tratamento das Manifestações

As manifestações recebidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão classificadas conforme sua natureza, conteúdo, gravidade e necessidade de encaminhamento, permitindo tratamento padronizado, definição de responsáveis e acompanhamento adequado das providências.

A classificação deverá ocorrer no momento do registro ou imediatamente após a análise inicial, podendo ser revista caso surjam novos elementos durante a apuração.

TIPO DE MANIFESTAÇÃO	DEFINIÇÃO	TRATAMENTO PREVISTO
Reclamação	Demonstração de insatisfação relacionada ao atendimento, conduta profissional, estrutura, tempo de espera, acesso, comunicação ou funcionamento do serviço.	Registro, análise da ocorrência, encaminhamento à área responsável, apuração das causas, definição de providências e resposta ao usuário.
Sugestão	Proposição apresentada pelo usuário para aprimoramento dos serviços, fluxos, estrutura ou atendimento.	Avaliação técnica e gerencial quanto à pertinência, viabilidade e possibilidade de implantação.
Elogio	Manifestação de reconhecimento pela qualidade do atendimento, conduta de profissionais ou desempenho do serviço.	Registro, encaminhamento ao profissional ou equipe mencionada e utilização como elemento de valorização das boas práticas.
Solicitação	Pedido de informação, orientação, providência ou acesso a serviço relacionado ao atendimento prestado.	Análise da demanda, encaminhamento ao setor competente e resposta conforme a informação ou providência solicitada.
Denúncia	Comunicação de possível irregularidade, violação de direitos, conduta incompatível ou situação que demande apuração específica.	Encaminhamento prioritário à gestão e aos responsáveis competentes, preservando a confidencialidade e observando os procedimentos institucionais de apuração.
Informação	Pedido de esclarecimento sobre funcionamento, acesso, horários, serviços disponíveis ou fluxos de atendimento.	Prestação de orientação direta ou encaminhamento à área responsável, quando necessário.

As manifestações poderão ainda ser classificadas quanto à prioridade:

Rotineira: demanda sem risco imediato, tratada conforme fluxo regular;

Prioritária: situação que demande análise célere por possível impacto assistencial, operacional ou institucional;

Imediata: situação com risco à segurança do usuário, suspeita de violação de direitos, falha assistencial relevante ou comprometimento da continuidade do atendimento.

As manifestações classificadas como prioritárias ou imediatas serão comunicadas à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos, para avaliação e adoção tempestiva das medidas cabíveis.

O tratamento deverá considerar a natureza da manifestação, a necessidade de apuração, os registros disponíveis, a manifestação dos profissionais envolvidos e a definição de ações corretivas, preventivas, educativas ou administrativas. Todas as providências adotadas deverão permanecer registradas no instrumento de acompanhamento do SAU.

Mecanismos de Acompanhamento das Demandas e Resposta ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) manterá acompanhamento sistemático de todas as manifestações registradas, desde o seu recebimento até a conclusão das providências adotadas, assegurando rastreabilidade, tempestividade, transparência e resolutividade na condução das demandas.

Após o registro e encaminhamento da manifestação à área responsável, o SAU realizará o monitoramento contínuo da tramitação, verificando o cumprimento dos prazos estabelecidos, a efetividade das providências adotadas e a necessidade de complementação das informações, quando aplicável.

Concluída a análise, será registrada a solução adotada, bem como o encerramento da manifestação. Sempre que houver identificação do usuário e canal de contato disponível, será realizada devolutiva contendo informações sobre a análise efetuada, as providências implementadas e a conclusão da demanda, observando os princípios da ética, confidencialidade e proteção das informações pessoais.

As manifestações que evidenciarem situações de maior relevância assistencial, risco à segurança do usuário, reincidência de ocorrências ou impacto significativo na prestação dos serviços serão comunicadas prioritariamente à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos para adoção imediata das medidas necessárias.

O acompanhamento das demandas permitirá a identificação de manifestações recorrentes, oportunidades de melhoria, necessidade de revisão de processos, ações educativas, capacitações das equipes e implementação de

medidas preventivas, fortalecendo a qualidade da assistência e o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados.

CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DAS DEMANDAS

ETAPA	AÇÃO DESENVOLVIDA	OBJETIVO
1 REGISTRO	Cadastro da manifestação em instrumento próprio.	Garantir o registro formal, padronizado e a rastreabilidade da demanda.
2 ENCAMINHAMENTO	Envio da demanda ao setor ou responsável competente.	Assegurar que a demanda chegue ao responsável adequado para análise e providências.
3 MONITORAMENTO	Acompanhamento do prazo estabelecido e das providências adotadas.	Verificar o andamento da demanda e o cumprimento dos prazos definidos.
4 VALIDAÇÃO	Verificação da efetividade da solução apresentada e da conclusão das providências.	Confirmar se a solução adotada atende ao usuário e se a demanda foi resolvida adequadamente.
5 DEVOLUTIVA	Comunicação do resultado ao usuário, quando houver identificação e canal de contato disponível.	Informar ao usuário sobre a análise efetuada e as providências implementadas.
6 ENCERRAMENTO	Registro da conclusão da demanda e arquivamento para fins de monitoramento e relatórios gerenciais.	Formalizar o encerramento e manter os registros para controle, análise e melhoria contínua.

Indicadores de Monitoramento do Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário será monitorado por meio de indicadores gerenciais destinados a avaliar a qualidade do atendimento, a resolutividade das manifestações, o cumprimento dos prazos estabelecidos e o grau de satisfação dos usuários. Os resultados serão consolidados periodicamente e utilizados como instrumento de apoio à gestão, subsidiando a tomada de decisão, a revisão de processos e a implementação de ações de melhoria contínua.

Os indicadores serão acompanhados por meio de registros próprios, relatórios gerenciais e análise crítica da gestão, podendo ser revisados durante a execução contratual em comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

INDICADORES DE MONITORAMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Nº	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDADE
1	Índice Geral de Satisfação dos Usuários	Avaliar a percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados.	Mensal
2	Número de Manifestações Recebidas	Monitorar o volume de manifestações registradas.	Mensal
3	Tempo Médio de Resposta às Manifestações	Avaliar a agilidade no tratamento das demandas.	Mensal
4	Percentual de Manifestações Respondidas no Prazo	Verificar o cumprimento dos prazos internos de resposta.	Mensal
5	Índice de Resolutividade das Demandas	Avaliar a efetividade das soluções implementadas para as manifestações.	Mensal
6	Percentual de Reclamações Reincidentes	Identificar recorrência de problemas para adoção de ações preventivas.	Mensal
7	Percentual de Sugestões Implementadas	Monitorar o aproveitamento das contribuições dos usuários para melhoria dos serviços.	Trimestral
8	Índice de Elogios Registrados	Acompanhar o reconhecimento da qualidade do atendimento prestado.	Trimestral

Observação: O indicador de satisfação dos usuários será acompanhado em conformidade com os parâmetros estabelecidos no Contrato de Gestão e no respectivo Edital de Chamamento Público, observando a meta contratual de satisfação do usuário prevista pela Administração Municipal. Os demais indicadores possuem caráter gerencial, destinados ao monitoramento da qualidade do Serviço de Atendimento ao Usuário, sem prejuízo dos indicadores e metas contratuais estabelecidos pelo Município.

Observação: O indicador de satisfação dos usuários será acompanhado em conformidade com os parâmetros estabelecidos no Contrato de Gestão e no respectivo Edital de Chamamento Público, observando a meta contratual de satisfação do usuário prevista pela Administração Municipal. Os demais indicadores possuem caráter gerencial, destinados ao monitoramento da qualidade do Serviço de Atendimento ao Usuário, sem prejuízo dos indicadores e metas contratuais estabelecidos pelo Município.

Análise dos Indicadores

Os resultados dos indicadores serão apresentados em relatórios gerenciais consolidados, contendo análise comparativa entre os períodos avaliados, identificação de tendências, causas das não conformidades e definição de planos de ação quando necessário.

Sempre que identificado desempenho abaixo dos parâmetros estabelecidos, serão implementadas ações corretivas e preventivas, incluindo revisão de fluxos, readequação de processos de trabalho, capacitação das equipes e

monitoramento específico das medidas adotadas, visando assegurar a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Periodicidade de Avaliação, Relatórios Gerenciais e Prestação de Contas

O Serviço de Atendimento ao Usuário realizará o monitoramento contínuo das manifestações recebidas e dos resultados das pesquisas de satisfação, assegurando acompanhamento sistemático do desempenho dos serviços, identificação de oportunidades de melhoria e produção de informações gerenciais que subsidiem a gestão, a fiscalização contratual e a prestação de contas.

As informações produzidas pelo SAU integrarão o conjunto de instrumentos de monitoramento do Contrato de Gestão, contribuindo para a avaliação da qualidade assistencial, do cumprimento das obrigações contratuais e da efetividade das ações desenvolvidas, em conformidade com o Edital de Chamamento Público, o Contrato de Gestão, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações dos órgãos de controle externo, em especial o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

A análise será conduzida em diferentes níveis de periodicidade, conforme a natureza das informações e sua finalidade gerencial.

PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS GERENCIAIS

O Serviço de Atendimento ao Usuário realizará a avaliação periódica das manifestações recebidas e dos resultados das pesquisas de satisfação, assegurando acompanhamento sistemático do desempenho e subsidiando a gestão do Contrato de Gestão.

PERIODICIDADE	AVALIAÇÃO PREVISTA
CONTÍNUA	Registro, classificação, encaminhamento e acompanhamento individual das manifestações recebidas.
MENSAL	Consolidação das pesquisas de satisfação, manifestações registradas, prazos de resposta, resolutividade das demandas e principais causas de reclamação.
TRIMESTRAL	Análise comparativa dos indicadores, avaliação das ações corretivas implementadas, identificação de tendências e apresentação dos resultados à gestão do contrato.
ANUAL	Consolidação dos resultados, revisão dos processos, avaliação da evolução do serviço e proposição de melhorias para o exercício seguinte.

Observação
Os relatórios gerenciais produzidos pelo SAU subsidiarão o acompanhamento do Contrato de Gestão e poderão integrar os processos de monitoramento, avaliação de desempenho, prestação de contas e auditorias promovidas pela Administração Pública, em conformidade com o Edital de Chamamento Público, o Contrato de Gestão, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações dos órgãos de controle externo, em especial o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Os relatórios gerenciais subsidiarão o acompanhamento do Contrato de Gestão e poderão compor os processos de monitoramento, avaliação de desempenho, prestação de contas e auditorias promovidas pela Administração Pública, observadas as exigências estabelecidas no instrumento contratual e na legislação vigente.

Os resultados obtidos serão utilizados para revisão de fluxos assistenciais e administrativos, aperfeiçoamento dos processos de trabalho, planejamento das ações de educação permanente, atualização de protocolos institucionais e implementação de ações corretivas e preventivas, fortalecendo o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Utilização dos Resultados para Melhoria Contínua

As informações produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário constituirão importante instrumento de gestão, permitindo avaliar a percepção dos usuários, identificar oportunidades de melhoria, subsidiar a tomada de decisão e fortalecer o monitoramento da qualidade dos serviços prestados.

Os resultados obtidos por meio das pesquisas de satisfação, manifestações espontâneas e indicadores de desempenho serão consolidados em relatórios gerenciais e analisados periodicamente pela gestão do contrato e pelos responsáveis técnicos, visando à identificação de tendências, recorrência de ocorrências, fragilidades dos processos e oportunidades de aperfeiçoamento.

As análises realizadas subsidiarão, entre outras ações:

UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS PARA MELHORIA CONTÍNUA

As informações produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão analisadas e utilizadas como instrumento de gestão, permitindo avaliar a percepção dos usuários, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a qualidade dos serviços prestados.

APLICAÇÃO DOS RESULTADOS	FINALIDADE
Revisão de processos assistenciais e administrativos	Aprimorar fluxos de trabalho e aumentar a eficiência operacional.
Elaboração de planos de ação	Corrigir não conformidades identificadas e prevenir recorrências.
Educação Permanente	Direcionar treinamentos e capacitações conforme as necessidades identificadas.
Revisão de protocolos e rotinas	Atualizar procedimentos e rotinas conforme oportunidades de melhoria identificadas.
Planejamento Gerencial	Subsidiar decisões estratégicas e definição de prioridades da gestão.
Monitoramento do Contrato de Gestão	Apoiar o acompanhamento dos indicadores contratuais e da qualidade dos serviços.
Prestação de Contas	Produzir evidências para os relatórios gerenciais, fiscalização contratual e órgãos de controle.

Os resultados obtidos integrarão o processo institucional de melhoria contínua e contribuirão para o acompanhamento do Contrato de Gestão, elaboração dos relatórios técnicos e gerenciais, prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde e atendimento às solicitações da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, bem como dos órgãos de controle interno e externo, observando as disposições contratuais, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Os resultados obtidos integrarão o processo institucional de melhoria contínua, podendo subsidiar a revisão dos processos de trabalho, a atualização dos instrumentos de gestão, o planejamento das ações assistenciais e administrativas, a definição de prioridades de investimento e a implementação de ações corretivas e preventivas.

As evidências produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário também contribuirão para o acompanhamento do Contrato de Gestão, elaboração dos relatórios técnicos e gerenciais, prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde e atendimento às solicitações da Comissão de

Acompanhamento e Fiscalização, bem como dos órgãos de controle interno e externo, observando as disposições contratuais, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Considerações Finais

O Serviço de Atendimento ao Usuário atuará de forma integrada com as equipes assistenciais, administrativas e de apoio, constituindo importante ferramenta de comunicação entre os usuários, a gestão das unidades e a Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para o fortalecimento da participação social, transparência da gestão, qualificação dos serviços e aprimoramento contínuo da assistência prestada.

8.6 F. Proposta de Implantação de Ouvidoria

Objetivo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a implantação e operacionalização do Serviço de Ouvidoria como instrumento permanente de comunicação entre os usuários, seus familiares, acompanhantes, trabalhadores e a gestão da Unidade, destinado ao acolhimento, registro, análise, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações relacionadas aos serviços prestados.

A Ouvidoria será estruturada em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Humanização, das diretrizes da Ouvidoria-Geral do SUS e das normas municipais vigentes, atuando como mecanismo de participação social, transparência administrativa, fortalecimento do controle social e aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e gerencial.

O serviço será organizado para assegurar atendimento humanizado, acessível, imparcial, ético e resolutivo, disponibilizando múltiplos canais de comunicação aos usuários, garantindo o tratamento adequado das

manifestações, a rastreabilidade dos registros, o cumprimento dos prazos estabelecidos, a produção de informações gerenciais e a utilização sistemática dos resultados na revisão de processos, implementação de ações corretivas e preventivas e fortalecimento da governança institucional.

A operacionalização da Ouvidoria contemplará fluxos padronizados para recebimento, classificação, encaminhamento, acompanhamento e encerramento das manifestações, monitoramento por indicadores de desempenho, elaboração de relatórios gerenciais periódicos e integração com os processos de gestão da qualidade, segurança do paciente, humanização, educação permanente, gestão de riscos e prestação de contas do Contrato de Gestão, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados e para o fortalecimento da participação dos cidadãos na avaliação e qualificação da assistência.

Finalidades da Ouvidoria

A Ouvidoria constitui-se como instrumento estratégico de gestão, participação social e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, atuando como canal permanente de comunicação entre os usuários, trabalhadores, gestores e a Administração Pública, promovendo o acolhimento qualificado das manifestações e contribuindo para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais.

São finalidades da Ouvidoria:

- ✓ Assegurar aos usuários, familiares, acompanhantes, trabalhadores e demais cidadãos um canal acessível, transparente e resolutivo para apresentação de reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e pedidos de informação relacionados aos serviços prestados pela Unidade;
- ✓ Receber, registrar, classificar, analisar, encaminhar, acompanhar e responder às manifestações, observando critérios de imparcialidade,

confidencialidade, rastreabilidade, tempestividade e respeito aos direitos dos usuários;

- ✓ Promover a mediação entre os cidadãos e a gestão da Unidade, buscando a solução consensual das demandas e contribuindo para o fortalecimento das relações institucionais;
- ✓ Produzir informações qualificadas sobre as manifestações recebidas, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria, fragilidades operacionais, riscos assistenciais e necessidades de aperfeiçoamento dos processos de trabalho;
- ✓ Subsidiar a tomada de decisão da gestão da Unidade e dos setores responsáveis, por meio da elaboração de relatórios gerenciais, análises estatísticas e monitoramento sistemático dos indicadores da Ouvidoria;
- ✓ Contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização, estimulando a escuta qualificada, o acolhimento, o respeito aos direitos dos usuários e a melhoria da experiência do cidadão durante sua utilização dos serviços de saúde;
- ✓ Apoiar a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua, mediante acompanhamento das providências adotadas pelos setores responsáveis e avaliação da efetividade das medidas implementadas;
- ✓ Fortalecer os mecanismos de transparência, controle social e participação popular previstos na legislação do Sistema Único de Saúde, promovendo a utilização das manifestações como instrumento de avaliação permanente da qualidade dos serviços;
- ✓ Integrar-se aos processos institucionais de Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente, Gestão de Riscos, Educação Permanente, Humanização, Compliance, Auditoria Interna e Prestação de Contas do Contrato de Gestão, utilizando as informações produzidas como subsídio ao planejamento estratégico e à melhoria contínua dos serviços.

Estrutura Organizacional da Ouvidoria

A Ouvidoria será estruturada pela Contratada como serviço institucional de apoio à gestão da Unidade, integrada aos processos assistenciais e administrativos, com a finalidade de receber, registrar, analisar, encaminhar, acompanhar e monitorar as manifestações apresentadas pelos usuários, familiares, acompanhantes, colaboradores e demais cidadãos.

Sua organização observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, confidencialidade, participação social, acolhimento humanizado e melhoria contínua da qualidade, atuando de forma articulada com os setores envolvidos na prestação dos serviços e nos processos de gestão.

A estrutura da Ouvidoria será organizada de forma a assegurar a adequada comunicação entre os setores responsáveis pelo tratamento das manifestações, possibilitando a adoção das providências necessárias, o acompanhamento dos prazos de resposta, a rastreabilidade das demandas e a produção de informações gerenciais destinadas ao aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Os setores responsáveis pelas manifestações encaminhadas pela Ouvidoria deverão analisar as demandas recebidas, adotar as providências cabíveis, prestar os esclarecimentos necessários e informar as medidas implementadas, observando os prazos estabelecidos e contribuindo para a resolução tempestiva das solicitações.

Compete à Ouvidoria coordenar o fluxo das manifestações, acompanhar sua tramitação até a conclusão, monitorar os prazos de atendimento, consolidar os resultados obtidos e subsidiar a gestão da Unidade com informações estratégicas para a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.

Proposta de Implantação e Operacionalização da Ouvidoria

A Contratada implantará e operacionalizará o Serviço de Ouvidoria desde o início da vigência do Contrato de Gestão, assegurando o funcionamento contínuo do serviço como instrumento de comunicação entre os usuários e a gestão da Unidade, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e da legislação aplicável.

A implantação compreenderá a definição dos processos de trabalho, a padronização dos fluxos operacionais, a disponibilização dos canais de atendimento, a organização dos mecanismos de registro e acompanhamento das manifestações e a integração da Ouvidoria aos processos institucionais de gestão e melhoria contínua da qualidade.

Para garantir a adequada operacionalização do serviço, serão desenvolvidas, no mínimo, as seguintes ações:

I – Organização do serviço de Ouvidoria, com definição das responsabilidades, dos fluxos operacionais e dos procedimentos para recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento e encerramento das manifestações.

II – Elaboração e implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), contemplando as rotinas de registro, classificação, tratamento, resposta aos usuários, monitoramento dos prazos e arquivamento das manifestações.

III – Disponibilização dos canais de atendimento, assegurando acessibilidade, acolhimento, confidencialidade, transparência e ampla divulgação das formas de acesso ao serviço.

IV – Orientação dos colaboradores quanto aos fluxos institucionais da Ouvidoria, visando ao adequado encaminhamento das manifestações e ao cumprimento dos prazos estabelecidos.

V – Implantação de mecanismos de registro e acompanhamento, garantindo a rastreabilidade das manifestações, o controle dos prazos, a produção de informações gerenciais e o monitoramento dos resultados.

VI – Integração da Ouvidoria aos processos institucionais, utilizando as informações produzidas para subsidiar a gestão, a melhoria contínua da

qualidade dos serviços, a segurança do paciente, a humanização, a educação permanente e os demais processos de governança previstos no Contrato de Gestão.

VII – Monitoramento contínuo do desempenho do serviço, mediante acompanhamento de indicadores, elaboração de relatórios gerenciais, análise crítica dos resultados e implementação de ações corretivas e preventivas sempre que identificadas oportunidades de melhoria.

A operacionalização da Ouvidoria observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, confidencialidade, participação social, acolhimento humanizado, resolutividade e melhoria contínua, assegurando que todas as manifestações sejam tratadas de forma técnica, tempestiva, imparcial e rastreável.

Canais de Atendimento

A Ouvidoria será estruturada de forma integrada aos mecanismos de participação social disponibilizados pelo Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando ao usuário múltiplas formas de acesso para apresentação de reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e pedidos de informação relacionados aos serviços prestados na Unidade.

Além dos canais disponibilizados pela própria Unidade, permanecerão disponíveis aos cidadãos os canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município, garantindo a integração das manifestações aos fluxos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, o fortalecimento do controle social e a padronização do tratamento das demandas.

CANAIS DE ATENDIMENTO

A Ouvidoria disponibiliza ao cidadão múltiplos canais de atendimento, integrados aos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando acessibilidade, acolhimento, confidencialidade, rastreabilidade das manifestações e resposta no prazo estabelecido.

CANAL	FORMA DE ATENDIMENTO	DADOS / INFORMAÇÕES	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	FINALIDADE
Ouvidoria da Unidade	Atendimento presencial nas dependências da Unidade. O usuário também poderá registrar sua manifestação junto aos profissionais da equipe, que encaminharão à Ouvidoria.	Atendimento disponível durante todo o funcionamento da Unidade.	Durante o funcionamento da Unidade	Recebimento, registro, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, familiares, acompanhantes, colaboradores e cidadãos.
Site / Portal da Ouvidoria Geral do Município	Registro eletrônico de manifestações por meio do portal oficial da Prefeitura Municipal.	**Endereço eletrônico (Site):** https://ferrazdevasconcelos.sp.gov.br/web/ouvidoria-geral/	24 horas por dia, 7 dias por semana	Recebimento eletrônico de manifestações, solicitações, informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias.
E-mail da Ouvidoria Geral do Município	Envio de manifestações por correio eletrônico.	**Endereço de e-mail:** ouvidoria@ferrazdevasconcelos.sp.gov.br	24 horas por dia, 7 dias por semana	Recebimento e registro eletrônico de manifestações e documentos.
Telefone da Ouvidoria Geral do Município	Atendimento telefônico para registro de manifestações, esclarecimentos e informações.	**Telefone:** **(11) 4674-7839**	Segunda a sexta-feira, das 8h às 17h	Recebimento de manifestações e esclarecimento de dúvidas.
Atendimento Presencial da Ouvidoria Geral do Município	Atendimento presencial no endereço da Ouvidoria Geral do Município.	**Endereço:** Rua Pedro Foschini, nº 200 Vila Romanópolis Ferraz de Vasconcelos – SP CEP: 08529-210	Segunda a sexta-feira, das 8h às 17h	Recebimento presencial de manifestações, solicitações, informações, sugestões, reclamações e denúncias.
Caixa de Sugestões	Disponível nas dependências da Unidade para registro por escrito.	Formulário físico dieponível na própria Unidade.	Durante o funcionamento da Unidade	Facilitar ao usuário o registro de sugestões, elogios, reclamações e demais manifestações.
Encaminhamentos Institucionais	Recebimento de manifestações encaminhadas por órgãos e instituições competentes.	Ouvidoria SUS, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos de Saúde e demais instituições.	Conforme fluxo de encaminhamento institucional	Tratamento de manifestações recebidas por meio de órgãos e instituições externas.

Observação: As informações referentes aos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município foram obtidas no portal oficial da Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos na data de elaboração desta proposta e serão atualizadas, quando necessário, durante a implantação do Contrato de Gestão, observadas as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

Observação: Os canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município apresentados nesta proposta foram identificados mediante consulta ao portal oficial da Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos na data de elaboração deste Plano de Trabalho. Na hipótese de celebração do Contrato de Gestão, a Contratada observará os canais oficiais vigentes, bem como as diretrizes e orientações estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde para integração e operacionalização do serviço.

Independentemente do canal utilizado, todas as manifestações referentes aos serviços objeto do Contrato de Gestão serão registradas, classificadas, encaminhadas, acompanhadas e respondidas conforme fluxo operacional padronizado, garantindo rastreabilidade, confidencialidade, tempestividade e monitoramento até sua conclusão.

A Contratada promoverá ampla divulgação dos canais de atendimento da Ouvidoria da Unidade e dos canais oficiais disponibilizados pelo Município, mediante sinalização interna, orientações aos usuários e disponibilização de material informativo, fortalecendo o acesso da população aos mecanismos de participação social e transparência da gestão.

Fluxo de Recebimento das Manifestações

O recebimento das manifestações será realizado de forma padronizada, assegurando acolhimento qualificado, identificação da demanda, registro das informações necessárias, emissão de protocolo quando aplicável e encaminhamento para tratamento, observando os princípios da confidencialidade, rastreabilidade, imparcialidade e tempestividade.

Todas as manifestações recebidas pelos canais disponibilizados pela Unidade ou pelos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município seguirão fluxo único de processamento, garantindo uniformidade no tratamento das demandas e controle de todas as etapas até sua conclusão.

Após o recebimento, cada manifestação será registrada, classificada conforme sua natureza e encaminhada ao setor competente para análise e manifestação técnica, permanecendo sob acompanhamento da Ouvidoria até o encerramento do processo.

Etapas do Fluxo de Recebimento

Etapa	Descrição
1. Recebimento da Manifestação	Recepção da manifestação por qualquer dos canais de atendimento disponibilizados pela Unidade ou pelos canais oficiais do Município.
2. Acolhimento do Usuário	Escuta qualificada, orientação ao cidadão e coleta das informações necessárias para o adequado tratamento da demanda.
3. Registro da Manifestação	Registro da manifestação nos mecanismos institucionais de controle, com identificação da natureza da demanda e emissão de protocolo, quando aplicável.
4. Classificação	Classificação da manifestação como reclamação, denúncia, sugestão, elogio, solicitação ou pedido de informação, bem como definição do grau de prioridade quando necessário.
5. Encaminhamento	Encaminhamento ao setor responsável para análise técnica e adoção das providências cabíveis.
6. Acompanhamento	Controle da tramitação da manifestação pela Ouvidoria até o recebimento da resposta do setor responsável.

A Ouvidoria acompanhará todas as manifestações recebidas, monitorando os prazos estabelecidos, a efetividade do encaminhamento e o retorno dos setores responsáveis, garantindo que nenhuma demanda permaneça sem tratamento.

Fluxo de Tratamento das Manifestações

O tratamento das manifestações compreenderá o conjunto de procedimentos realizados após o recebimento, registro, classificação e encaminhamento da demanda, abrangendo a análise técnica, a adoção de providências, a elaboração da resposta, o retorno ao usuário, o encerramento e o monitoramento dos resultados.

As manifestações serão tratadas de forma imparcial, confidencial, tempestiva e rastreável, observada sua natureza, complexidade, prioridade e eventual risco relacionado à assistência, à segurança do paciente, aos direitos dos usuários ou à regularidade da execução contratual.

A Ouvidoria acompanhará a tramitação de cada manifestação até sua conclusão, realizando, quando necessário, cobranças aos setores responsáveis, complementação de informações, reavaliação da classificação e articulação com os canais oficiais do Município.

Etapas do Fluxo de Tratamento das Manifestações

Etapa	Descrição
1. Análise inicial da manifestação	Verificação do conteúdo, da classificação atribuída, da suficiência das informações registradas e da competência do setor responsável pelo tratamento.
2. Avaliação da prioridade e do risco	Identificação de manifestações que exijam tratamento prioritário, especialmente aquelas relacionadas à integridade do usuário, segurança do paciente, possíveis irregularidades, violações de direitos ou riscos à continuidade do serviço.
3. Encaminhamento para análise técnica	Envio da manifestação ao setor competente, acompanhado das informações necessárias e do prazo definido para apresentação de resposta e providências.
4. Apuração e adoção de providências	Análise dos fatos, levantamento de registros, escuta dos envolvidos, verificação dos processos relacionados e adoção das medidas cabíveis.
5. Elaboração da resposta técnica	Formalização da resposta pelo setor responsável, com apresentação dos esclarecimentos, providências adotadas e, quando aplicável, medidas corretivas ou preventivas.
6. Validação da resposta	Verificação, pela Ouvidoria, da clareza, pertinência, completude e compatibilidade da resposta com a manifestação apresentada.

7. Retorno ao usuário	Comunicação da resposta ao manifestante pelo canal indicado, respeitada a confidencialidade e as limitações legais aplicáveis.
8. Encerramento da manifestação	Registro da conclusão, das providências adotadas, da data de resposta e do resultado do tratamento da demanda.
9. Monitoramento e análise gerencial	Consolidação das manifestações para acompanhamento de indicadores, identificação de recorrências, avaliação de tendências e proposição de melhorias nos processos.

As manifestações que apresentarem informações insuficientes poderão ser submetidas à complementação, quando houver possibilidade de contato com o manifestante. Quando não for possível obter os elementos necessários para a apuração, o registro será encerrado com a devida justificativa, sem prejuízo de sua utilização para análise estatística e identificação de riscos.

As denúncias e manifestações que envolvam possíveis irregularidades serão tratadas com acesso restrito às informações, preservação da identidade do manifestante e encaminhamento às instâncias competentes, conforme a natureza dos fatos e os fluxos institucionais aplicáveis.

Quando a manifestação indicar risco imediato ao usuário, à segurança assistencial ou à continuidade do atendimento, seu encaminhamento será realizado de forma prioritária, independentemente da ordem cronológica de recebimento.

O encerramento somente ocorrerá após o registro da análise realizada, das providências adotadas e da resposta encaminhada ao usuário, quando aplicável, assegurando a rastreabilidade integral do processo.

Mecanismos de Registro, Monitoramento e Resposta das Demandas

A Ouvidoria adotará mecanismos padronizados para o registro, acompanhamento, monitoramento e resposta das manifestações recebidas, assegurando rastreabilidade, confidencialidade, integridade das informações e controle de todas as etapas do processo, desde o recebimento até o encerramento da demanda.

Todos os registros serão realizados em instrumentos institucionais que permitam a identificação da manifestação, sua classificação, o histórico de tramitação, os encaminhamentos efetuados, as providências adotadas, os prazos de atendimento e a conclusão do processo, possibilitando o acompanhamento integral das demandas e a geração de informações gerenciais.

As manifestações serão registradas contemplando, sempre que aplicável, as seguintes informações:

- ✓ Número de identificação ou protocolo;
- ✓ Data e horário do recebimento;
- ✓ Canal de atendimento utilizado;
- ✓ Natureza da manifestação;
- ✓ Identificação do manifestante, quando informada;
- ✓ Descrição da demanda;
- ✓ Setor responsável pelo tratamento;
- ✓ Data do encaminhamento;
- ✓ Providências adotadas;
- ✓ Data da resposta ao usuário;
- ✓ Situação da manifestação (em análise, em tratamento ou encerrada);
- ✓ Data de encerramento.

O monitoramento das manifestações será realizado de forma contínua, permitindo o acompanhamento dos prazos estabelecidos, da tramitação entre os setores, do cumprimento das providências propostas e da efetividade das respostas apresentadas aos usuários.

Sempre que identificadas demandas recorrentes, atrasos, inconformidades ou oportunidades de melhoria, a Ouvidoria comunicará os setores envolvidos para análise das causas e implementação das ações corretivas ou preventivas cabíveis, acompanhando a efetividade das medidas adotadas.

As respostas aos usuários serão elaboradas de forma clara, objetiva, respeitosa e fundamentada, contemplando os esclarecimentos necessários acerca das providências adotadas, observados os princípios da transparência, confidencialidade, proteção de dados pessoais e legislação aplicável.

O tratamento das informações e dos dados pessoais decorrentes das manifestações observará a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), bem como as demais normas aplicáveis relativas ao sigilo das informações e à proteção da privacidade dos usuários, assegurando

que o acesso aos registros seja restrito aos responsáveis pelo tratamento da demanda, de acordo com sua competência e necessidade de atuação.

Quando a manifestação depender de análise por mais de um setor, a Ouvidoria coordenará o fluxo das informações, consolidará os pareceres recebidos e encaminhará resposta única ao usuário, garantindo uniformidade das informações prestadas e maior efetividade na comunicação.

O encerramento da manifestação ocorrerá somente após a conclusão das providências cabíveis, registro das ações realizadas e comunicação da resposta ao manifestante, quando aplicável, permanecendo os registros disponíveis para fins de monitoramento, auditoria, prestação de contas e melhoria contínua dos processos institucionais.

Quadro Resumo – Mecanismos de Registro e Monitoramento

Processo	Finalidade
Registro da manifestação	Formalizar a demanda e assegurar sua rastreabilidade.
Classificação	Definir a natureza da manifestação e direcionar o tratamento adequado.
Acompanhamento	Monitorar a tramitação e o cumprimento dos prazos.
Controle das providências	Verificar a implementação das ações pelos setores responsáveis.
Resposta ao usuário	Garantir comunicação clara, tempestiva e fundamentada.
Encerramento	Registrar a conclusão da manifestação e consolidar as informações para monitoramento gerencial.

Indicadores de Acompanhamento

A Ouvidoria será monitorada por indicadores gerenciais destinados a avaliar a efetividade do atendimento, a qualidade das respostas prestadas, o cumprimento dos prazos estabelecidos, a resolutividade das manifestações e a contribuição do serviço para o aperfeiçoamento contínuo dos processos institucionais.

Os indicadores serão apurados periodicamente e utilizados como instrumento de gestão, subsidiando a análise crítica dos resultados, a elaboração de planos de ação, a identificação de oportunidades de melhoria e o

acompanhamento da qualidade dos serviços prestados no âmbito do Contrato de Gestão.

O monitoramento sistemático permitirá avaliar o desempenho operacional da Ouvidoria, identificar tendências, acompanhar demandas recorrentes e apoiar a tomada de decisão da gestão, fortalecendo a transparência, a participação social e a melhoria contínua da assistência.

Indicadores Propostos

Indicador	Forma de Apuração	Periodicidade	Finalidade
Tempo Médio de Resposta às Manifestações	Soma dos dias entre o recebimento e a resposta ÷ número de manifestações respondidas.	Mensal	Avaliar a tempestividade do atendimento.
Índice de Cumprimento dos Prazos	(Manifestações respondidas dentro do prazo ÷ total de manifestações respondidas) × 100.	Mensal	Monitorar o cumprimento dos prazos estabelecidos.
Índice de Resolutividade	(Manifestações concluídas ÷ total de manifestações recebidas) × 100.	Mensal	Avaliar a capacidade de solução das demandas.
Perfil das Manifestações Recebidas	Quantitativo e distribuição percentual das manifestações por classificação.	Mensal	Identificar tendências e oportunidades de melhoria.
Índice de Demandas Recorrentes	Número de manifestações referentes ao mesmo assunto ou processo.	Mensal	Identificar falhas sistêmicas e subsidiar ações corretivas.
Índice de Manifestações Reabertas	(Número de manifestações reabertas ÷ total de manifestações encerradas) × 100.	Mensal	Avaliar a efetividade das respostas apresentadas.
Índice de Satisfação do Usuário com a Ouvidoria	Pesquisa de satisfação aplicada após o encerramento da manifestação, quando possível.	Trimestral	Avaliar a percepção dos usuários quanto ao atendimento prestado.

Percentual de Implementação das Ações de Melhoria	(Ações implementadas ÷ ações propostas decorrentes das manifestações) × 100.	Trimestral	Avaliar a utilização das manifestações para o aperfeiçoamento dos serviços.

Observação: A avaliação da satisfação dos usuários da Ouvidoria será realizada, sempre que aplicável, após o encerramento da manifestação, por meio de instrumento padronizado, cujos resultados serão consolidados periodicamente e utilizados para subsidiar ações de melhoria contínua do serviço.

Os indicadores serão analisados em conjunto com os demais resultados institucionais, permitindo identificar causas de inconformidades, oportunidades de aperfeiçoamento dos processos de trabalho e necessidades de revisão de fluxos, protocolos ou rotinas administrativas.

Os resultados obtidos subsidiarão a elaboração de relatórios gerenciais, reuniões de análise crítica, definição de planos de ação e acompanhamento das medidas implementadas, fortalecendo a cultura de melhoria contínua, a transparência da gestão e a qualificação permanente dos serviços prestados.

Relatórios Gerenciais

A Ouvidoria elaborará relatórios gerenciais periódicos com a finalidade de consolidar as informações provenientes das manifestações recebidas, subsidiar a tomada de decisão pela gestão da Unidade, monitorar o desempenho do serviço e identificar oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e administrativos.

Os relatórios serão elaborados a partir das informações registradas pela Ouvidoria, permitindo a análise quantitativa e qualitativa das manifestações, a identificação de tendências, recorrências, causas predominantes e setores mais demandados, bem como o acompanhamento dos indicadores de desempenho definidos para o serviço.

Os relatórios gerenciais contemplarão, sempre que aplicável:

- ✓ Quantitativo de manifestações recebidas no período;
- ✓ Classificação das manifestações por natureza;
- ✓ Distribuição das manifestações por canal de atendimento;
- ✓ Distribuição das manifestações por setor envolvido;
- ✓ Acompanhamento dos prazos de resposta;
- ✓ Indicadores de desempenho da ouvidoria;
- ✓ Identificação das principais causas das manifestações;
- ✓ Análise das demandas recorrentes;
- ✓ Ações corretivas e preventivas implementadas;
- ✓ Oportunidades de melhoria identificadas;
- ✓ Recomendações para aperfeiçoamento dos processos institucionais.

Os relatórios serão utilizados como instrumento de apoio às reuniões de análise crítica da gestão, subsidiando o planejamento de ações, a revisão de fluxos operacionais, a atualização de procedimentos institucionais e o acompanhamento da efetividade das melhorias implementadas.

Sempre que identificadas situações de maior relevância assistencial, administrativa ou contratual, a Ouvidoria poderá emitir relatórios específicos destinados a subsidiar a adoção de providências pela gestão da Unidade.

Utilização das Informações para Melhoria Contínua

As informações produzidas pela Ouvidoria constituirão importante instrumento para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados, permitindo que as manifestações dos usuários sejam incorporadas ao processo permanente de avaliação institucional e de qualificação da assistência.

Os dados consolidados serão utilizados para identificar oportunidades de melhoria, fragilidades dos processos de trabalho, demandas recorrentes,

riscos operacionais e necessidades de revisão de protocolos, normas, rotinas e fluxos institucionais.

As análises produzidas pela Ouvidoria subsidiarão a elaboração de planos de ação, o monitoramento da efetividade das medidas implementadas e a avaliação dos resultados obtidos, promovendo integração com os processos institucionais de gestão da qualidade, segurança do paciente, humanização, gestão de riscos, educação permanente e demais instrumentos de governança previstos no Contrato de Gestão.

Sempre que identificadas oportunidades de aperfeiçoamento, as informações serão compartilhadas com os setores envolvidos para definição das ações corretivas, preventivas ou de melhoria, acompanhando-se posteriormente a implementação das medidas propostas e seus respectivos resultados.

A utilização sistemática das manifestações permitirá fortalecer a cultura institucional de melhoria contínua, incentivar a participação dos usuários na avaliação dos serviços e contribuir para o aprimoramento permanente da assistência prestada.

Fortalecimento do Controle Social

A Ouvidoria atuará como instrumento de fortalecimento do controle social, estimulando a participação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde e contribuindo para o aprimoramento da gestão por meio do diálogo permanente entre a população, a Unidade e a Secretaria Municipal de Saúde.

As manifestações recebidas constituirão importante fonte de informação para identificação das necessidades da população, avaliação da qualidade dos serviços prestados e aperfeiçoamento das políticas institucionais voltadas à assistência em saúde.

A atuação da Ouvidoria buscará promover transparência, acesso à informação, respeito aos direitos dos usuários e incentivo à participação cidadã, observando os princípios do Sistema Único de Saúde e as diretrizes estabelecidas pela Administração Pública.

A Contratada manterá integração com os canais oficiais disponibilizados pelo Município, contribuindo para o adequado encaminhamento das

manifestações e para a consolidação das informações necessárias ao acompanhamento da qualidade dos serviços objeto do Contrato de Gestão.

O fortalecimento do controle social será promovido, ainda, por meio da divulgação dos canais de acesso à Ouvidoria, da orientação permanente aos usuários quanto aos seus direitos e da utilização das manifestações como instrumento de avaliação e aperfeiçoamento contínuo da gestão.

A Ouvidoria atuará em articulação com os demais mecanismos de participação social existentes no Município, respeitadas as competências de cada instância.

Disposições Finais

A presente proposta de implantação da Ouvidoria estabelece as diretrizes para organização, funcionamento, monitoramento e avaliação do serviço, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, as normas aplicáveis à Administração Pública e as disposições previstas no Contrato de Gestão.

A Ouvidoria será implantada de forma integrada aos processos institucionais da Unidade, constituindo-se como instrumento permanente de comunicação com os usuários, fortalecimento do controle social, monitoramento da qualidade dos serviços e apoio à gestão, contribuindo para a transparência, a melhoria contínua dos processos e o aperfeiçoamento da assistência prestada.

Os fluxos operacionais, formulários, instrumentos de registro, procedimentos internos e demais documentos complementares poderão ser aperfeiçoados durante a execução contratual, sempre que necessário, observadas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, a legislação vigente e as necessidades identificadas no processo de avaliação contínua dos serviços.

A Contratada compromete-se a manter a Ouvidoria em pleno funcionamento durante toda a vigência do Contrato de Gestão, assegurando mecanismos adequados para o recebimento, registro, tratamento, acompanhamento e resposta das manifestações, bem como a utilização sistemática das informações produzidas para subsidiar ações de qualificação da

assistência, aperfeiçoamento da gestão e fortalecimento da participação dos usuários.

Por fim, destaca-se que a presente proposta representa o modelo institucional inicialmente previsto para implantação da Ouvidoria, podendo sofrer aperfeiçoamentos técnicos, operacionais e procedimentais ao longo da execução contratual, desde que preservados os princípios da legalidade, eficiência, transparência, participação social, qualidade dos serviços e interesse público.

8.7 G. Proposta de Implantação de Política de Humanização

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/SMS/2026 — PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 8209/2026
MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS / SP

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública, lançada em 2003 buscando colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem

como princípios estimular a comunicação entre todos os envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), na construção de processos coletivos de enfrentamento nas relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vários estudos demonstram que trabalhar em um ambiente humanizado promove relações de confiança e gera satisfação entre colaboradores e clientes.

Durante a década de 1940, a organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma definição para o termo saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência/presença de doenças ou enfermidade”. Essa definição foi responsável por ampliar a discussão sobre a sensação de bem-estar, que também pode ser promovida pela melhoria das relações interpessoais.

Os avanços tecnológicos na área médica garantem a precisão de alguns procedimentos, tornando-se uma ferramenta para o aprimoramento da qualidade técnica, mas não abrangendo uma visão integral das necessidades do ser humano. Deve-se garantir também as necessidades psicoespiritual e o desenvolvimento da empatia, que é a base da humanização hospitalar.

Nesse contexto, pode-se desenvolver valores como ética, reconhecimento e respeito. E todos os indivíduos precisam ser vistos como peças fundamentais para construção de um ambiente mais humano e empático.

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida.

Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho.

Com isso surge a tensão como uma característica decisiva deste ambiente de trabalho, ambiente no qual a equipe de saúde responsável pelo serviço de emergência vive diariamente sob pressão ocasionada pela necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da

intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.

Os pacientes, por sua vez, encontram-se temerosos, fragilizados perante o desconhecido, ambiente e profissional, reagindo muitas vezes com agressividade. A ideia inesperada de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional dos pacientes e famílias, por vezes, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas e deparando no profissional de saúde o seu representante e o responsável por essa situação.

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO E DISPOSITIVOS DO PNH

Fundamentação Institucional

A entidade possui sólida trajetória em gestão e operação de unidades hospitalares, destacando a busca contínua por excelência, inovação, economia e eficiência, pautada por ética, responsabilidade social e atendimento humanizado. Os profissionais são engajados em programas que valorizam a integração dos saberes e o trabalho multiprofissional, potencializando as melhores práticas de saúde e gestão.

Alinhamento ao Edital e Diretrizes do SUS/PNH

Cumprindo rigorosamente as exigências do edital, esta proposta adere aos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade) e da Política Nacional de Humanização. Todos protocolos, fluxos e rotinas serão revisados segundo os dispositivos do PNH e normas do Ministério da Saúde.

Diretrizes Operacionais da Política de Humanização

Acolhimento humanizado

- Implantação de fluxos de acolhimento nas recepções, classificação de risco, atendimento inicial e monitoramento constante do tempo de espera e satisfação dos usuários.

- Treinamento sistemático das equipes em escuta ativa, empatia, comunicação não violenta, considerando vulnerabilidade, risco, prioridades clínicas e sociais.

Promoção à Saúde e Prevenção

- Integração ativa da promoção, prevenção e educação em saúde em todos programas, campanhas, atendimentos clínicos e sociais, com ênfase nas ações coletivas, oficinas, palestras, rodas de conversa e atividades intersetoriais junto à comunidade e rede municipal.

Gestão participativa e cogestão

- Criação e manutenção de espaços coletivos de decisão como Colegiados Gestores, Grupos de Trabalho de Humanização, Câmaras Técnicas e comissões específicas contemplando trabalhadores, gestores e usuários.
- Todos os profissionais e usuários serão incluídos na formulação, avaliação, pactuação e acompanhamento dos processos de trabalho e resultados.

Ambiência e segurança

- Planejamento e avaliação compartilhada do espaço físico das unidades, contemplando ambientes harmoniosos, confortáveis, seguros, acessíveis e que respeitem as diversidades. Não será admitida paralisia dos serviços por falta de insumos ou recursos.

Integração das equipes e interdisciplinaridade

- Estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, com protocolos claros e rotinas por níveis de qualificação, promovendo diálogos interdisciplinares e partilha de saberes.
- Articulação permanente com Atenção Primária, hospitais de referência e demais serviços regionais, garantindo contrarreferenciamento efetivo e continuidade do cuidado.

Clínica ampliada e apoio matricial

- Implementação de abordagens integrativas valorizando recursos de diferentes especialidades para análise abrangente dos casos,

promovendo autonomia, corresponsabilidade e singularidade no cuidado.

Valorização dos funcionários

- Elaboração e manutenção de programas permanentes de desenvolvimento humano (cursos, capacitações, educação continuada, oficinas temáticas).
- Pesquisa periódica de clima organizacional e uso estratégico das informações para aprimorar práticas.
- Normas claras para seleção de pessoal, contrato de trabalho, avaliação de desempenho, incentivo ao protagonismo, combate ao absenteísmo, valorização dos resultados e reconhecimento público de conquistas.
- Promoção de ambiente seguro, saudável, com políticas de saúde ocupacional, prevenção de riscos, monitoramento de acidentes, fornecimento de EPIs, avaliação e suporte multidisciplinar.
- Participação ativa dos trabalhadores e equipes em espaços coletivos de gestão, incentivo à autonomia, intervenções frente ao sofrimento/adoecimento e suporte para fortalecimento social, físico e mental.

Defesa dos direitos dos usuários

- Divulgação dos direitos, canais de ouvidoria SUS, respeito ao consentimento, privacidade e confidencialidade.
- Garantia de atendimento priorizado para populações vulneráveis (crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, vítimas de violência) e respeito à diversidade humana e cultural.

Promoção à saúde e ações educativas

- Promoção contínua da saúde por meio de campanhas, palestras, oficinas educativas, sensibilização intersetorial, ações integradas com Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e participação da comunidade.

- Implementação de estratégias inovadoras, incluindo teleassistência, trabalho em redes, monitoramento de pacientes crônicos e educação em saúde digital conforme regras vigentes.

Monitoramento, Avaliação e Transparência

- Implantação de indicadores de qualidade: tempo médio de espera, resolutividade de queixas, níveis de satisfação, índices de mortalidade evitável, absenteísmo, conformidade de protocolos.
- Pesquisa de satisfação trimestral dos usuários e funcionários.
- Relatórios quadrimestrais de indicadores assistenciais, financeiros, de gestão e recursos humanos, amplamente divulgados à comunidade, gestores e instâncias de controle social.

Sustentabilidade, Responsabilidade Social e Inovação

- Compromisso com práticas sustentáveis, formação técnica, responsabilidade social na integração das equipes, promoção da cidadania, minimização de impactos ambientais e alinhamento permanente com legislações vigentes.
- Incentivo e engajamento em projetos inovadores, telemedicina, plataformas digitais, rede HumanizaSUS, expandindo o alcance das práticas de humanização e integração dos saberes

O Cuidado Humanizado e o Serviço de Emergência

Considerando a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca pela manutenção da vida, planejar os cuidados contribui para as práticas no cotidiano de trabalho. Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas.

Uma estratégia é desenvolver uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança garantindo uma relação harmônica e cuidadosa. Ao se desenvolver esta ideia, sinalizam-se a empatia, a congruência e o calor, como características para o alcance da ajuda-confiança.

Desenvolver a empatia para alcançar sintonia com o outro (paciente) e estimular a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afetivo e do tom de voz utilizado faz toda diferença na qualidade do cuidado. Tratando-se de pacientes infantis, o desenvolvimento do sentimento de ajuda-confiança torna-se ainda mais necessário ao cuidado. A construção da confiança nas relações com esse público, a demonstração de carinho e a informação clara frente a procedimentos faz toda a diferença para aceitação e continuidade da assistência.

Provisão de ambiente de Apoio à Família

Promover a construção de um espaço, embora breve, de acolhimento para os familiares, normalmente indivíduos ocultos neste cenário aflitos por informação e atenção também se faz necessário, garantindo confiança e respeito às necessidades individuais de cada um.

Proporcionar momentos aos familiares com os seus entes queridos mesmo que de forma programada e com horários pré-estabelecidos também são formas de ferramentas de humanização, do mesmo modo, durante o transporte do enfermo para exames na transferência para outra unidade, ou até na própria sala de emergência, quando possível.

Na relação entre cura, "enquanto os fatores curativos objetivam curar a doença do paciente, os fatores de interesse objetivam o processo de atenção que ajuda a pessoa a atingir ou manter a saúde, ou, morrer em paz". Neste sentido, a atenção terapêutica à família é fator a ser investido pelos cuidados da equipe multiprofissional dentro do atendimento hospitalar.

Basear-se de uma relação afetiva com o paciente e familiares para promover a integralidade e humanização do cuidado, qualifica o atendimento garantindo uma assistência mais completa à saúde, para além de um bem-estar físico.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrando as necessidades sociais de saúde, dos usuários e de seus trabalhadores. O compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento se faz necessário respeitando os diferentes níveis de complexidade de atendimento.

Outro compromisso é quanto à chegada do paciente no serviço de saúde. Quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença.

Nos serviços de PS, o acolhimento com classificação de risco (ACR) é colocado como uma das diretrizes específicas da PNH. É caracterizado por acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

Diminuição a exposição de ruídos no ambiente hospitalar

Outro fator para melhoria da assistência é diminuir a exposição de ruídos no ambiente de trabalho que é apontada como fator de diminuição da concentração, irritabilidade e estresse para os profissionais que atuam em unidades hospitalares. Esse fator tem sido associado à circulação de pessoas, tonalidades de voz entre equipe de trabalho, presença de equipamentos médicos hospitalares com alarmes altos, comportamento laboral ruidoso como o fechamento de portas, gavetas, armários, etc.

Na rotina de trabalho e estresse gerado muitas vezes pelo tipo de assistência prestado ao paciente, pode ter influência negativa prejudicando a execução no resultado das atividades dos profissionais e afetar a comunicação oral entre eles.

A exposição a ruídos no ambiente, por um longo período, além de determinar comprometimentos físicos, mentais e sociais no indivíduo, pode contribuir para a existência de erros humanos decorrentes da compreensão equivocada de palavras ou frases, acidentes de trabalho, erros de procedimentos, doenças ocupacionais e outros agravos à saúde do profissional,

ou seja, a condição de trabalho pode oferecer riscos à segurança das pessoas, tanto dos profissionais quanto dos próprios pacientes.

Deverão ser implantadas medidas e ações para a redução do ruído no local contando com a participação efetiva dos profissionais para favorecer o direcionamento de ações ao nível individual e coletivo.

Estratégias de Defesa utilizadas em Unidades de Pronto Atendimento

O trabalho é uma atividade importante para os seres humanos, servindo para obtenção de prazer, riqueza, acúmulo de bens materiais, dentre outros.

Entretanto, também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, estresse e, em consequência, resultar em agravos à saúde e até ocasionar a morte do trabalhador. Nesse contexto, o trabalhador lida com múltiplas situações, entre elas: número reduzido de funcionários, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e relacionamento conturbado com familiares. Essas experiências no cotidiano laboral podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo sentimentos de sobrecarga e sofrimento.

Nesse cenário, os trabalhadores têm um contato com o paciente e seus familiares, lidam com a morte e processo de luto da família e com o sofrimento dos pacientes. O sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional poderá não ser capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer.

As estratégias de defesa são meios utilizados, pelo trabalhador, para proteger-se do sofrimento; podem surgir frente a situações rotineiras e são vistas como uma maneira de não deixar que a assistência ao indivíduo influencie a vida do profissional fora da unidade hospitalar. Para compreender esses sentimentos, é importante considerar que o profissional e o paciente são seres humanos, o que resulta em uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com contato direto com as vivências de sofrimento.

Estratégias de defesa nesse contesto são importantes. O diálogo entre a equipe e o paciente deverá ser constante como estratégia de enfrentamento e minimização do sofrimento. Nesse sentido, o diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e desabafo, gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado.

As estratégias de defesa são necessárias para a proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento. Criar espaços de escuta em grupo, nas instituições de atuação dos profissionais, para que possam se expressar e buscar coletivamente estratégias para enfrentamento das adversidades no cotidiano laboral.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO tem como sua visão, ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização, apoiado por valores como respeito e empatia, direcionados aos nossos colaboradores, pacientes e familiares.

A nossa missão é de promover a qualidade de vida e o bem estar social e da comunidade.

Para sustentar e atingir nossa proposta de valor, acreditamos que ações de desenvolvimento de nossos líderes, educação permanente e continuada de nossas equipes, manutenção de clima organizacional amistoso e profissional, implantação de tecnologia de ponta, aliados a um ambiente limpo, visualmente equilibrado, com ventilação, iluminação e nível de ruídos adequados, assim promoveremos um elevado nível de atendimento humanizado e moderno. Tudo isso, somado às melhorias arquitetônicas, como pintura interna e externa, jardinagem, painéis informativos, mobiliário ergonômico entre outros, promovendo uma significativa melhora na qualidade do atendimento humanizado do SUS, percebida pela comunidade.

Observações:

Todas as ações aqui descritas terão acompanhamento contínuo, alinhamento aos protocolos institucionais e participação ativa dos usuários e trabalhadores.

Revisões periódicas garantirão evolução e ajustamento do plano conforme os resultados, demandas e diretrizes municipais/SUS.

MÓDULO 1: DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Desenvolvimento Metodológico com foco no SUS e na Realidade Municipal

1.1. Alinhamento Estratégico e Metodologia Operacional

A execução da Política Nacional de Humanização (PNH) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU 192 (Lote II) funcionará como um motor de transformação cultural dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ferraz de Vasconcelos, em estrita conformidade com o caput do artigo 37 da Constituição Federal (Princípio da Eficiência).

Tríplice Inclusão Ativa: As ferramentas de gestão e atenção serão pactuadas de forma horizontalizado, unindo no mesmo nível de decisão os profissionais da linha de frente (trabalhadores), os cidadãos assistidos (usuários e famílias) e as lideranças administrativas (gestores da OS e da Secretaria de Saúde).

Gestão de Conflitos e Inquietações: O método assume que as divergências e ruídos cotidianos não são falhas, mas sim o combustível essencial para gerar novos modos de organização laboral. Reuniões de equipe e rodas de conversa quinzenais serão utilizadas para processar queixas administrativas e redesenhar rotinas de trabalho.

1.2. Princípios Norteadores da Política Nacional de Humanização

A Política Institucional de Humanização será desenvolvida em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), orientando todas as ações assistenciais, administrativas e de gestão da Organização Social. Esses princípios fundamentam a construção de um

ambiente de trabalho colaborativo, ético, participativo e centrado nas necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a qualidade da assistência e a valorização das pessoas envolvidas no processo de cuidado.

I – Transversalidade

A transversalidade consiste na ampliação da comunicação e da integração entre os diversos profissionais, equipes, gestores, usuários e demais atores envolvidos na prestação dos serviços de saúde. Busca romper barreiras hierárquicas e setoriais, favorecendo o diálogo permanente, a troca de conhecimentos, a atuação interdisciplinar e a construção coletiva de soluções para os desafios assistenciais e organizacionais. Por meio desse princípio, incentiva-se a cooperação entre as diferentes áreas da instituição, fortalecendo processos de trabalho mais integrados, resolutivos e humanizados.

II – Indissociabilidade entre Atenção e Gestão

A atenção à saúde e a gestão dos serviços constituem processos inseparáveis e complementares. A qualidade do cuidado prestado aos usuários depende diretamente da eficiência da gestão, da organização dos processos de trabalho, da participação das equipes e do adequado planejamento institucional. Assim, todas as decisões gerenciais deverão considerar seus impactos na assistência, enquanto as práticas assistenciais deverão contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão, assegurando a integralidade do cuidado, a eficiência administrativa e a melhoria permanente dos serviços ofertados.

III – Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia

A Política Institucional promoverá o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores, reconhecendo-os como sujeitos ativos na construção do cuidado e na gestão dos serviços de saúde. Serão incentivadas práticas que fortaleçam a participação coletiva, o compartilhamento de responsabilidades, o respeito às singularidades, a valorização das iniciativas individuais e coletivas e a tomada de decisões de forma participativa. Esse princípio contribui para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários, amplia a confiança nas relações institucionais e

favorece a construção de uma cultura organizacional baseada na ética, no respeito, na cooperação e na corresponsabilização pelos resultados alcançados.

1.3. Aplicação Prática das Diretrizes nos Serviços Contratados

A. Acolhimento e Gestão de Fluxos

Na Atenção Básica (Lote I): Implantação de escuta qualificada na recepção com avaliação de vulnerabilidade e risco para garantir atendimento resolutivo, oportuno e prioritário por gravidade (e não por ordem de chegada). O fluxo de registros e documentos respeitará estritamente a privacidade do usuário e os seus direitos legais (informação transparente sobre o estado clínico e escolha de sua rede de apoio afetivo).

No SAMU 192 (Lote II): Adaptação do acolhimento à dinâmica de urgência e emergência, garantindo que a tomada de decisão clínica rápida acolha as necessidades singulares do paciente em situação crítica.

B. Ambiência e Conforto nos Equipamentos Públicos

Análise de Infraestrutura: A partir da Visita Técnica obrigatória realizada nas unidades de saúde (ou assumida sob responsabilidade total da Organização Social), a equipe técnica apresentará propostas de adequação do espaço físico.

Espaços de Encontro: O projeto arquitetônico e o uso dos ambientes focarão na criação de salas de espera acolhedoras, manutenção predial contínua (coberta pelo custeio global do edital) e consultórios que assegurem total privacidade e conforto aos usuários e profissionais.

C. Clínica Ampliada e Compartilhada

Abordagem Multidisciplinar: Análise do adoecimento além do fator puramente biológico e orgânico, integrando aspectos afetivos, sociais e subjetivos na condução dos tratamentos.

Decisões Pactuadas: Fortalecimento do diálogo interdisciplinar entre médicos, enfermeiros e psicólogos, estimulando a autonomia do usuário no cuidado de si.

MÓDULO 2: GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E COMBATE AO ABSENTEÍSMO

A política de gestão de pessoas adota o modelo de Desenvolvimento Baseado em Valor, com foco na valorização do trabalhador (PNH) e no cumprimento rigoroso de todas as obrigações legais (CLT e Piso Nacional da Enfermagem — Lei 14.434/2022).

2.1. Seleção, Ingresso e Desenvolvimento de Pessoal

Processo Seletivo Público: Editais abertos, transparentes e baseados em critérios técnicos, contendo provas de títulos, avaliações práticas e análise de competências comportamentais voltadas à humanização.

Política contra o Nepotismo: Exigência de declaração formal de ausência de vínculo familiar ou de parentesco com dirigentes da OS ou detentores de cargos em comissão e funções de confiança na Administração Pública Municipal.

Contratação Médica via Pessoa Jurídica: Critério estrito de validação cadastral junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), garantindo a regularidade jurídica das prestadoras de serviço e valores compatíveis com o mercado de saúde pública.

2.2. Monitoramento de Clima e Avaliação de Desempenho

Pesquisa de Clima Organizacional: Aplicação semestralizada através do Índice Maslach de Burnout (MBI) para mapear o esgotamento laboral nas equipes da ESF e do SAMU.

Gestão de Feedbacks: Reuniões individuais trimestrais baseadas nas metas fixadas para o cumprimento dos parâmetros de desempenho assistencial do contrato.

2.3. Plano de Enfrentamento ao Absenteísmo

Acompanhamento Epidemiológico: Centralização dos dados de atestados médicos pelo SESMT da OS para identificar as principais causas de afastamento (fatores osteomusculares ou de saúde mental) e intervir preventivamente.

Suporte à Saúde do Trabalhador: Encaminhamento imediato de profissionais sob risco de adoecimento para acolhimento psicológico e readaptação funcional temporária quando necessário.

Escalas Espelhadas de Contingência: Desenho de escalas de trabalho com previsão de plantonistas de cobertura imediata para assegurar o dimensionamento mínimo do edital e evitar a sobrecarga das equipes de plantão.

MÓDULO 3: ESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO

3.1. Comissão de Humanização

Finalidade Institucional: Atuar como um órgão consultivo e deliberativo interno para acompanhar, fiscalizar e sugerir melhorias nos fluxos assistenciais, na ambiência das unidades e na relação entre servidores e pacientes.

Regimento Interno: Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias em caso de intercorrências graves na qualidade do atendimento. Lavratura obrigatória de atas circunstanciadas de todas as sessões, que serão integradas às prestações de contas trimestrais enviadas à Secretaria Municipal de Saúde.

MÓDULO 4: OPERAÇÃO, LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS

4.1. Sistema de Recebimento, Inspeção e Armazenamento

- **Conferência Cega:** Todo insumo ou medicamento entregue passará por conferência quantitativa e qualitativa contra a nota fiscal por um funcionário do almoxarifado independente do setor de compras.

- **Critério de Rastreabilidade e Validade:** Adoção estrita da metodologia PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai) ou PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai) para evitar perdas de estoque por decurso de prazo.

- **Controle Ambiental:** Monitoramento diário e registro em planilha dos níveis de temperatura (15°C a 25°C) e umidade (máximo 70%) do almoxarifado geral e das salas de farmácia, além da cadeia de frio (2°C a 8°C) para imunobiológicos e medicamentos termolábeis.

4.2. Controle de Estoque Mínimo e Ressuprimento

- **Estoque de Segurança (Ponto de Pedido):** Definição automatizada via sistema ERP do nível mínimo de segurança para cada item, correspondente ao consumo médio de 15 dias de operação somado ao tempo de entrega do fornecedor.

- **Inventários Periódicos:** Realização de inventários rotativos semanais por amostragem e inventário geral físico no último dia útil de cada mês para conciliação contábil com o Plano Orçamentário e de Custeio.

4.3. Gestão Patrimonial e Inventário de Bens

- **Tombamento e Identificação:** Todos os bens móveis e equipamentos recebidos por meio do Termo de Permissão de Uso (Anexos VIII e IX do edital) ou adquiridos pela OS receberão plaqueta metálica ou etiqueta com código de barras de identificação patrimonial.

- **Plano de Manutenção Preventiva e Calibração:** Cronograma anual de calibração para equipamentos biomédicos críticos (desfibriladores do SAMU, esfigmomanômetros, autoclaves), em conformidade com as normas da ABNT e fiscalização da Secretaria de Saúde.

MÓDULO 5: FLUXO DE LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

A rotina de higienização visa a quebra da cadeia de transmissão de microrganismos nos ambientes de saúde e nas viaturas móveis de urgência.

5.1. Classificação das Áreas e Frequência de Limpeza

- **Áreas Críticas (Salas de Emergência, Ambulâncias do SAMU, Salas de Vacina e Curativos):** Limpeza concorrente a cada troca de plantão ou imediatamente após cada procedimento assistencial. Limpeza terminal programada semanalmente ou após procedimentos com alta dispersão de fluidos biológicos.

- **Áreas Semicríticas (Consultórios Médicos, Salas de Espera, Farmácia):** Limpeza concorrente duas vezes ao dia (manhã e tarde) e limpeza terminal quinzenal.

- **Áreas Não Críticas (Administrativo, Almoxarifado, Copa):** Limpeza concorrente diária e limpeza terminal mensal.

5.2. Técnicas de Higienização e Produtos Padronizados

- **Técnica dos Dois Baldes:** Uso obrigatório de baldes com cores distintas (um para solução desinfetante e outro para água limpa de enxágue) com aplicação de mop plano, vedando o uso de vassouras secas para evitar a suspensão de poeira e patógenos no ar.

- **Desinfecção Química Própria:** Utilização de álcool a 70% para superfícies de equipamentos e mobiliários e Hipoclorito de Sódio a 1% para desinfecção de pisos em áreas críticas com presença de matéria orgânica (sangue ou secreções), respeitando o tempo de contato técnico de 10 minutos.

MÓDULO 6: NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)

O NEPS funcionará integrado à Comissão de Humanização, gerando capacitação com base na realidade vivida nas unidades do município.

6.1. Constituição e Composição

- **Membros Permanentes:** 01 Coordenador Pedagógico (Enfermeiro ou Assistente Social com especialização em Saúde Coletiva), 01 Representante Médico da ESF/SAMU e 01 Representante Técnico de Enfermagem.

- **Finalidade:** Formar trabalhadores técnica e politicamente, tornando-os agentes multiplicadores de novas realidades assistenciais no SUS de Ferraz de Vasconcelos.

6.2. Regimento de Operação e Linha Pedagógica

- **Metodologia Formação-Intervenção:** Os cursos e treinamentos não serão meramente teóricos. Eles partirão de estudos de caso e de dificuldades

reais de faturamento, dispensação de farmácia e atendimento clínico coletados no próprio serviço.

- **Periodicidade:** Atividades formativas mensais descentralizadas por unidade de saúde.

6.3. Cronograma Anual de Capacitações NEPS

- *Mês 01:* Integração Institucional: Metas do Contrato e Diretrizes da PNH (Público: 100% dos Colaboradores).

- *Mês 03:* Protocolo de Classificação de Risco e Manejo do Prontuário Clínico (Público: Equipe Médica e Enfermagem).

- *Mês 05:* Rotinas Administrativas, Regulação de Vagas e Faturamento SUS (Público: Faturamento e Recepção).

- *Mês 07:* Gestão de Almoxarifado, Farmácia e Logística de Insumos Críticos (Público: Farmácia e Logística).

- *Mês 09:* Atendimento Humanizado em Situações de Urgência e Emergência Crítica (Público: Equipes do SAMU 192 — Lote II).

- *Mês 11:* Atualização em Práticas Integrativas e Clínica Ampliada na Rede de Saúde (Público: Médicos e Enfermeiros ESF).

MÓDULO 7: OUVIDORIA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)

Canal aberto para monitorar a qualidade do serviço prestado e capturar as percepções dos cidadãos, servindo como auditoria social.

7.1. Implantação da Ouvidoria Local

- **Canais de Acesso:** Instalação física de urnas de manifestação nas recepções, além de disponibilização de QR Codes impressos nas fichas de atendimento para acesso ao formulário digital.

- **Fluxo de Tratamento de Queixas:** Todas as demandas serão registradas e classificadas em: Elogio, Sugestão, Reclamação ou Denúncia. O

prazo máximo para resposta ao usuário ou encaminhamento à Secretaria de Saúde será de até 5 dias úteis.

7.2. Metodologia da Pesquisa de Satisfação (Pesquisa Net Promoter Score — NPS)

- **Coleta Aleatória Mensal:** Realização de entrevistas por amostragem telefônica ou digital com usuários atendidos nos últimos 15 dias na ESF ou pelo SAMU.

- **Indicadores Avaliados:** Tempo de espera para atendimento, cordialidade da equipe, resolutividade médica, limpeza/higiene do ambiente e clareza nas informações sobre direitos.

- **Retroalimentação Contínua:** Os índices mensais de satisfação do usuário comporão os relatórios trimestrais entregues à Comissão de Avaliação e Fiscalização do Município. Resultados abaixo da meta dispararão auditorias imediatas da Comissão de Humanização para readequação dos manuais de rotinas assistenciais.

MÓDULO 8: DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

A Instituição assegurará a defesa e a promoção dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da humanização do cuidado. Todas as ações assistenciais e administrativas serão desenvolvidas de forma a garantir atendimento ético, acolhedor, seguro, resolutivo e livre de qualquer forma de discriminação, fortalecendo o exercício da cidadania e a participação ativa do usuário no processo de cuidado.

Para a efetivação desses direitos, a Organização Social adotará as seguintes diretrizes:

I – Respeito à dignidade da pessoa humana

Garantir atendimento pautado no respeito à vida, à integridade física e emocional, à individualidade, às diferenças culturais, religiosas, étnicas, sociais,

de gênero, orientação sexual, idade e demais características pessoais, assegurando tratamento digno, respeitoso e humanizado em todas as etapas da assistência.

II – Direito à informação

Assegurar ao usuário e, quando cabível, ao seu representante legal ou familiar, o acesso a informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, diagnóstico, exames, tratamentos, riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e continuidade do cuidado, possibilitando a tomada de decisões de forma consciente e esclarecida.

III – Direito ao acompanhante e à visita

Garantir o direito à presença de acompanhante e à visita, sempre que previsto na legislação vigente ou indicado pelas condições clínicas do paciente, promovendo o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais como elemento integrante da assistência humanizada.

IV – Privacidade, confidencialidade e sigilo

Assegurar a privacidade durante consultas, exames e procedimentos, bem como a confidencialidade das informações constantes dos prontuários e demais registros assistenciais, observando a legislação aplicável, as normas éticas dos conselhos profissionais e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD).

V – Participação ativa no processo terapêutico

Estimular a participação do usuário e de sua família na construção do plano terapêutico, respeitando sua autonomia, preferências, valores e decisões, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado e o fortalecimento do vínculo entre equipe assistencial e usuário.

VI – Acesso aos canais de participação e ouvidoria

Disponibilizar mecanismos permanentes de escuta qualificada, ouvidoria, pesquisa de satisfação, recebimento de sugestões, elogios, reclamações e denúncias, assegurando resposta tempestiva, transparência, confidencialidade e utilização das manifestações como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

VII – Atendimento livre de discriminação

Garantir que nenhum usuário seja submetido a tratamento discriminatório em razão de raça, cor, etnia, nacionalidade, origem, condição socioeconômica, deficiência, idade, religião, identidade de gênero, orientação sexual, condição clínica ou qualquer outra forma de discriminação, assegurando igualdade de acesso e de tratamento em todos os serviços oferecidos.

VIII – Direito ao acolhimento humanizado

Todo usuário será acolhido com escuta qualificada, respeito às suas necessidades, classificação de risco quando aplicável e encaminhamento responsável para a assistência mais adequada, garantindo atendimento resolutivo, contínuo e integrado à Rede de Atenção à Saúde.

IX – Transparência e controle social

A Instituição incentivará a participação dos usuários nos mecanismos de avaliação dos serviços, pesquisas de satisfação, conselhos e demais espaços de participação social, reconhecendo o cidadão como protagonista na construção de um sistema de saúde mais eficiente, democrático e humanizado.

MÓDULO 9: GESTÃO PARTICIPATIVA E COLEGIADO GESTOR

A gestão participativa constitui um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), fundamentando-se na corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela Organização Social. A participação coletiva fortalece a transparência, amplia o compromisso institucional com os resultados assistenciais e favorece a melhoria contínua dos processos de trabalho.

8.1. Objetivos

O Colegiado Gestor tem por finalidade:

- fortalecer a gestão democrática e participativa;
- promover a integração entre atenção, gestão e controle social;
- ampliar os espaços de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários;

- contribuir para a resolução compartilhada dos problemas institucionais;
- acompanhar o desempenho dos serviços e dos indicadores institucionais;
- propor melhorias nos processos assistenciais e administrativos.

8.2. Composição

O Colegiado Gestor será constituído por representantes da gestão, coordenações técnicas, equipes multiprofissionais, Comissão de Humanização, Núcleo de Educação Permanente, Ouvidoria e representantes dos usuários, sempre que possível.

8.3. Funcionamento

O Colegiado reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário, registrando suas deliberações em ata e acompanhando a execução das ações pactuadas.

MÓDULO 10: Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** constitui uma estratégia assistencial prevista na Política Nacional de Humanização (PNH), voltada à organização do cuidado integral e compartilhado para usuários que apresentem necessidades de saúde complexas, condições crônicas, vulnerabilidade biopsicossocial, múltiplas comorbidades ou situações que demandem acompanhamento interdisciplinar contínuo.

A Organização Social adotará o PTS como instrumento de planejamento, coordenação e monitoramento do cuidado, promovendo a integração entre os diferentes profissionais da equipe multiprofissional e os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua elaboração observará as necessidades individuais do usuário, respeitando sua autonomia, seus valores, contexto familiar e social, bem como os princípios da integralidade, equidade, humanização e corresponsabilização pelo cuidado.

Objetivos

O Projeto Terapêutico Singular tem por objetivos:

- Assegurar assistência integral, humanizada e centrada nas necessidades do usuário;
- Fortalecer a atuação interdisciplinar e a integração entre os profissionais da equipe de saúde;
- Promover a corresponsabilização dos profissionais, do usuário e de seus familiares ou responsáveis no processo terapêutico;
- Ampliar a resolutividade dos casos por meio do planejamento compartilhado das intervenções;
- Reduzir a fragmentação do cuidado, garantindo continuidade assistencial entre os diferentes níveis de atenção;
- Favorecer a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde, quando aplicável;
- Qualificar a tomada de decisão clínica por meio da discussão coletiva dos casos;
- Estimular a autonomia do usuário no autocuidado e na adesão ao tratamento;
- Fortalecer a articulação intersetorial quando identificadas demandas sociais, educacionais ou de outras políticas públicas.

Desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular

A elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular compreenderão, no mínimo, as seguintes etapas:

I – Avaliação Multiprofissional

Realização de avaliação clínica, funcional, psicossocial e familiar por equipe multiprofissional, identificando necessidades, potencialidades, fatores de risco, vulnerabilidades e prioridades assistenciais.

II – Definição Compartilhada dos Objetivos Terapêuticos

Estabelecimento de metas terapêuticas claras, factíveis e mensuráveis, construídas conjuntamente entre os profissionais envolvidos, o usuário e, quando pertinente, seus familiares ou responsáveis.

III – Elaboração do Plano Individual de Cuidados

Definição das ações assistenciais, educativas, preventivas e de reabilitação necessárias ao atendimento integral do usuário, contemplando intervenções clínicas, de enfermagem, psicológicas, sociais, farmacêuticas e demais áreas pertinentes.

IV – Definição das Responsabilidades

Identificação das atribuições de cada profissional da equipe, bem como das responsabilidades do usuário e de sua rede de apoio, assegurando a coordenação e a continuidade do cuidado.

V – Participação do Usuário e da Família

Garantia da participação ativa do usuário e, quando cabível, de seus familiares ou responsáveis, respeitando sua autonomia, preferências, valores e direitos, fortalecendo o vínculo terapêutico e a corresponsabilização pelo tratamento.

VI – Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

Sempre que necessário, o Projeto Terapêutico Singular contemplará a integração com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como com equipamentos da assistência social, educação e demais políticas públicas, assegurando continuidade do cuidado e adequada referência e contrarreferência.

VII – Monitoramento e Reavaliação Periódica

O Projeto Terapêutico Singular será acompanhado continuamente pela equipe responsável, mediante reuniões periódicas para avaliação dos resultados alcançados, revisão das metas terapêuticas, adequação das condutas e atualização do plano de cuidados, sempre que houver mudanças nas condições clínicas ou sociais do usuário.

Critérios para Implantação

O Projeto Terapêutico Singular será priorizado para usuários que apresentem, entre outras situações:

- condições crônicas de alta complexidade;
- multimorbidades;
- pacientes com elevado risco clínico ou social;
- pessoas com deficiência que demandem acompanhamento interdisciplinar;
- transtornos mentais persistentes;
- usuários em cuidados paliativos;
- situações de vulnerabilidade social relevante;
- casos acompanhados simultaneamente por diferentes profissionais ou serviços da Rede de Atenção à Saúde.

A implementação do Projeto Terapêutico Singular deverá ser devidamente registrada no prontuário do usuário, permitindo a rastreabilidade das ações, o acompanhamento da evolução clínica e a avaliação dos resultados assistenciais, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apoio Matricial

O **Apoio Matricial** constitui uma estratégia técnico-assistencial prevista na Política Nacional de Humanização (PNH) e nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde, destinada a fortalecer a integração entre equipes, ampliar a capacidade resolutiva dos serviços e qualificar o cuidado por meio da atuação interdisciplinar e da construção compartilhada do conhecimento.

A Organização Social adotará o Apoio Matricial como instrumento permanente de suporte técnico-pedagógico às equipes assistenciais, promovendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Especialidades, Vigilância em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviços especializados e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), respeitando as necessidades locais e a organização da rede municipal.

O Apoio Matricial não substitui o cuidado prestado pelas equipes de referência, mas atua de forma complementar, fortalecendo a corresponsabilização entre os profissionais, qualificando a tomada de decisão clínica e ampliando a resolutividade dos casos, especialmente daqueles de maior complexidade.

Objetivos

O Apoio Matricial tem por objetivos:

- qualificar o cuidado interdisciplinar e interprofissional;
- ampliar a capacidade resolutiva das equipes da Atenção Primária à Saúde;
- reduzir encaminhamentos desnecessários para serviços especializados;
- fortalecer a coordenação do cuidado pela Atenção Primária;
- integrar os diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- promover educação permanente em serviço por meio da troca de experiências e conhecimentos;
- favorecer a construção compartilhada dos projetos terapêuticos;
- apoiar a elaboração e o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- estimular a corresponsabilização entre as equipes envolvidas;
- melhorar a continuidade e a integralidade da assistência prestada aos usuários.

Metodologia de Desenvolvimento

O Apoio Matricial será desenvolvido mediante ações sistemáticas de cooperação técnica entre as equipes, compreendendo, entre outras atividades:

I – Discussão Compartilhada de Casos

Realização de reuniões periódicas para análise interdisciplinar de casos clínicos complexos, definição de condutas assistenciais e construção compartilhada das estratégias terapêuticas.

II – Consultorias Técnico-Assistenciais

Disponibilização de suporte especializado às equipes de referência para esclarecimento de dúvidas técnicas, definição de fluxos assistenciais e orientação quanto ao manejo clínico dos usuários.

III – Atividades de Educação Permanente

Promoção de capacitações, oficinas, estudos de caso, rodas de conversa e outras estratégias educativas voltadas ao aperfeiçoamento contínuo das equipes, considerando as demandas identificadas na prática assistencial.

IV – Construção Compartilhada do Cuidado

Planejamento conjunto das intervenções assistenciais entre profissionais das diferentes áreas, fortalecendo a integração interdisciplinar e garantindo cuidado centrado nas necessidades do usuário.

V – Integração com a Rede de Atenção à Saúde

Articulação entre os diversos serviços da rede municipal para assegurar fluxos de referência e contrarreferência, continuidade do cuidado e acompanhamento integrado dos usuários.

Reuniões Matriciais

As reuniões de Apoio Matricial serão realizadas periodicamente, conforme cronograma institucional, podendo ocorrer de forma ordinária ou extraordinária, conforme a necessidade dos serviços.

Participarão dessas reuniões profissionais das diferentes categorias que compõem a Rede de Atenção à Saúde, incluindo, sempre que pertinente:

- médicos;
- enfermeiros;
- psicólogos;
- assistentes sociais;
- farmacêuticos;

- fisioterapeutas;
- terapeutas ocupacionais;
- nutricionistas;
- equipes de saúde bucal;
- profissionais do SAMU;
- gestores e coordenadores das unidades;
- outros profissionais envolvidos no cuidado.

Monitoramento e Avaliação

A efetividade do Apoio Matricial será acompanhada por meio de indicadores institucionais, incluindo, entre outros:

- número de reuniões matriciais realizadas;
- número de casos discutidos;
- percentual de participação das equipes;
- redução de encaminhamentos evitáveis;
- tempo de resposta às solicitações de apoio matricial;
- satisfação das equipes participantes;
- impacto na resolutividade da Atenção Primária;
- acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) apoiados.

Os resultados serão analisados periodicamente pela Comissão de Humanização, pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e pelo Colegiado Gestor, subsidiando a revisão dos processos de trabalho, a qualificação das equipes e a melhoria contínua da assistência prestada.

MÓDULO 11 – PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

11.1. Plano de Implantação

A implantação da Política Institucional de Humanização será realizada de forma planejada, gradual e contínua, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), as necessidades do Município de Ferraz de Vasconcelos, as exigências do Contrato de Gestão e as metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O processo será desenvolvido por etapas integradas, contemplando diagnóstico institucional, estruturação da governança, capacitação das equipes, implantação dos dispositivos da PNH, monitoramento dos indicadores e avaliação permanente dos resultados, assegurando a efetiva incorporação da humanização aos processos assistenciais e administrativos.

Todas as ações serão coordenadas pela Comissão de Humanização, pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), pelas Coordenações Técnicas e pela Diretoria da Organização Social, com participação ativa dos trabalhadores, gestores, usuários e representantes do controle social.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

ETAPA	PERÍODO	PRINCIPAIS ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PRODUTOS ESPERADOS
Fase 1 – Diagnóstico Institucional	1º mês	• Levantamento dos processos existentes; • diagnóstico da ambiência; avaliação dos fluxos assistenciais; • identificação das necessidades de humanização; • análise dos indicadores iniciais; • escuta de trabalhadores e usuários.	Diretoria, Comissão de Humanização, Coordenações	Relatório Diagnóstico e Plano Inicial de Implantação.
Fase 2 – Estruturação da Governança	1º ao 2º mês	• Instituição da Comissão de Humanização; • constituição do Colegiado Gestor; • definição do regimento interno; • designação de responsáveis.	Diretoria, Comissão de Humanização	Comissão implantada e Colegiado Gestor em funcionamento.
Fase 3 – Capacitação das Equipes	2º ao 3º mês	• Capacitação sobre PNH; acolhimento; escuta qualificada; • comunicação não violenta; segurança do paciente; • direitos dos usuários; clínica ampliada; • Projeto Terapêutico Singular (PTS); Apoio Matricial; • atendimento humanizado.	NEPS, Comissão de Humanização	100% das equipes capacitadas conforme cronograma institucional.
Fase 4 – Implantação dos Dispositivos da PNH	3º ao 5º mês	• Implantação do acolhimento com classificação de risco; • escuta qualificada; Ouvidoria; Pesquisa de Satisfação; • Projeto Terapêutico Singular; Apoio Matricial; Colegiado Gestor; rodas de conversa; reuniões matriciais; • espaços de participação dos usuários.	Comissão de Humanização, Coordenações Técnicas	Dispositivos implantados e em funcionamento nas unidades.
Fase 5 – Consolidação dos Processos	5º ao 6º mês	• Padronização dos fluxos; consolidação dos protocolos; • integração entre APS, SAMU e Rede de Atenção à Saúde; • fortalecimento da participação social; • avaliação da efetividade das ações implantadas.	Coordenações, Comissão de Humanização	Fluxos assistenciais consolidados e protocolos padronizados.
Fase 6 – Monitoramento Permanente	A partir do 6º mês	• Monitoramento mensal dos indicadores; reuniões da Comissão; • reuniões do Colegiado Gestor; auditorias internas; • acompanhimento da Ouvidoria; pesquisas de satisfação; • revisão dos planos de ação.	Comissão de Humanização, Diretoria, Qualidade	Relatórios mensais e planos de melhoria contínua.
Fase 7 – Avaliação e Melhoria Contínua	Permanente	• Avaliação dos resultados; revisão dos indicadores; • atualização dos protocolos; revisão anual da Política de Humanização; • implementação de ações corretivas e preventivas.	Diretoria, Comissão de Humanização, Colegiado Gestor	Política permanentemente atualizada e alinhada às diretrizes do SUS e da PNH.

A presente Política de Humanização constitui proposta técnica de implantação elaborada em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as disposições do Edital de Chamamento Público. Sua execução observará as características, necessidades e especificidades da rede municipal de saúde, podendo ser aperfeiçoada, complementada ou adequada, mediante prévia anuência da Secretaria Municipal de Saúde, em razão de alterações normativas, recomendações dos órgãos de controle, evolução das políticas públicas de saúde, indicadores de desempenho, necessidades assistenciais identificadas ou demandas decorrentes da execução do Contrato de Gestão, sempre com o objetivo de assegurar a melhoria contínua da qualidade da assistência, a eficiência administrativa e o interesse público, sem prejuízo do cumprimento das obrigações contratuais e das metas pactuadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso à Informação. Ações e Programas. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília, 08 nov 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4 ed. 4 reimp. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/redehumanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

9 E4. IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES TÉCNICAS

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a implantação e o funcionamento das Comissões Técnicas previstas na legislação vigente e daquelas consideradas estratégicas para a adequada execução do Contrato de Gestão, assegurando uma estrutura de governança técnico-assistencial capaz de fortalecer a qualidade dos serviços, a segurança do paciente, a ética profissional, a educação permanente, a humanização da assistência e a melhoria contínua dos processos institucionais.

As Comissões Técnicas atuarão como instâncias permanentes de assessoramento à gestão, com caráter consultivo, propositivo, educativo, fiscalizador e de monitoramento, desenvolvendo atividades voltadas à análise dos processos de trabalho, elaboração de recomendações técnicas, acompanhamento de indicadores, avaliação de conformidade, proposição de planos de melhoria e apoio à implementação das diretrizes institucionais e das políticas públicas de saúde.

Sua constituição observará a legislação aplicável, as normas dos respectivos conselhos profissionais, as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as exigências do Edital e do Contrato de Gestão, bem como as necessidades identificadas durante a execução dos serviços, garantindo atuação multiprofissional, integração entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, transparência na condução dos trabalhos e registro formal das deliberações.

Cada Comissão possuirá composição específica, competências, regimento interno, cronograma anual de atividades e mecanismos de monitoramento próprios, atuando de forma articulada com a Gestão da Unidade, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Gestão da Qualidade e as demais instâncias institucionais,

contribuindo para o fortalecimento da governança, da conformidade regulatória e da excelência operacional dos serviços prestados.

9.1 Núcleo de Educação Permanente em Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) como instância técnico-pedagógica permanente responsável pelo planejamento, coordenação, execução, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente desenvolvidas junto às equipes assistenciais, administrativas e de apoio, contribuindo para a qualificação contínua dos processos de trabalho e da assistência prestada à população.

O Núcleo atuará em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004 e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, adotando metodologias de ensino-aprendizagem baseadas na problematização do processo de trabalho, na aprendizagem significativa e na integração entre ensino, serviço e gestão.

As ações desenvolvidas serão fundamentadas na identificação das necessidades institucionais, nos indicadores assistenciais e gerenciais, nas não conformidades identificadas pelas auditorias, nas recomendações das comissões técnicas, nos protocolos institucionais, nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e nas atualizações técnico-científicas, promovendo o desenvolvimento de competências alinhadas às necessidades do Sistema Único de Saúde.

O Núcleo atuará de forma integrada com a Gestão de Pessoas, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Humanização, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão de Ética Médica, Comissão de Controle de Infecção, Comissão de Revisão de Prontuários e demais instâncias institucionais, fortalecendo a cultura da qualidade, da segurança do paciente, da humanização, da inovação e da melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

9.1.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

- ✓ Membros Propostos
- ✓ Representante da Gestão de Pessoas
- ✓ Enfermeiro Responsável Técnico
- ✓ Médico representante das equipes assistenciais
- ✓ Farmacêutico
- ✓ Representante do Núcleo de Segurança do Paciente
- ✓ Representante da Comissão de Humanização
- ✓ Representante da Qualidade

A composição poderá ser ampliada conforme a necessidade institucional, garantindo a participação multiprofissional e a integração entre os diferentes serviços envolvidos na execução do Contrato de Gestão.

Finalidade do Núcleo

Planejar, coordenar e executar o Programa Institucional de Educação Permanente em Saúde.

Identificar necessidades de capacitação a partir dos processos de trabalho e dos indicadores institucionais.

Elaborar o Plano Anual de Educação Permanente.

Promover integração entre ensino, assistência, gestão e vigilância em saúde.

Desenvolver ações de atualização técnica, científica e normativa.

Apoiar a implantação e atualização de protocolos assistenciais e administrativos.

Promover capacitações relacionadas à segurança do paciente, humanização, ética, qualidade, biossegurança, urgência e emergência, Atenção Primária, saúde coletiva e demais temas institucionais.

Avaliar a efetividade das ações educativas por meio de indicadores de desempenho.

Incentivar práticas de educação em serviço, matriciamento, discussão de casos e aprendizagem colaborativa.

Subsidiar a gestão no desenvolvimento profissional das equipes e na melhoria contínua dos processos institucionais.

9.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DO NÚCLEO

Art. 1º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) constitui instância técnico-pedagógica de caráter permanente, vinculada à Gestão da Unidade, responsável pelo planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações de educação permanente desenvolvidas no âmbito dos serviços gerenciados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Art. 2º O Núcleo desenvolverá suas atividades em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, observando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as normas institucionais e as necessidades identificadas nos processos de trabalho.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

São objetivos do Núcleo:

promover a qualificação permanente dos profissionais;

fortalecer a integração entre ensino, serviço e gestão;

desenvolver competências técnicas, assistenciais e gerenciais;

apoiar a implantação e atualização de protocolos institucionais;

estimular a aprendizagem baseada nos problemas do cotidiano de trabalho;

contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência e dos processos administrativos;

apoiar o cumprimento das metas contratuais e dos indicadores institucionais.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Art. 3º O Núcleo será composto por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio, designados pela Gestão da Unidade.

Art. 4º A coordenação será exercida por profissional formalmente designado pela Irmandade.

Art. 5º O Núcleo reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que houver necessidade institucional.

Art. 6º Todas as reuniões serão registradas em ata, contendo pauta, deliberações, responsabilidades e prazos para execução das ações.

Art. 7º O Núcleo elaborará anualmente o Plano de Educação Permanente, contemplando diagnóstico das necessidades de aprendizagem, cronograma de capacitações, metodologias, responsáveis, público-alvo, indicadores de monitoramento e mecanismos de avaliação da efetividade das ações educativas.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º As ações educativas poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, atividades práticas, educação em serviço, oficinas, simulações realísticas, estudos de caso, reuniões técnicas, matriciamento, educação a distância e outras metodologias compatíveis com as necessidades institucionais.

Art. 9º Os resultados das ações de educação permanente serão monitorados por indicadores institucionais e utilizados como ferramenta de melhoria contínua da qualidade assistencial, da segurança do paciente e do desempenho organizacional.

Art. 10. O presente Regimento poderá ser revisado sempre que houver atualização normativa ou necessidade de adequação dos processos institucionais.

9.1.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

O cronograma anual do Núcleo de Educação Permanente em Saúde será elaborado com base nas necessidades identificadas nos processos de trabalho, nos indicadores assistenciais e gerenciais, nas exigências legais e contratuais, nas recomendações das comissões técnicas e nas prioridades definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Mês	Atividades propostas
Janeiro	Realização do diagnóstico das necessidades de aprendizagem das equipes do SAMU 192; levantamento das capacitações obrigatórias; elaboração do Plano Anual de Educação Permanente; organização do calendário institucional; integração e acolhimento dos profissionais admitidos.
Fevereiro	Capacitação sobre Política Nacional de Atenção às Urgências, Rede de Atenção às Urgências (RUE), organização do SAMU 192, funcionamento da Central de Regulação Médica das Urgências, protocolos de regulação médica e fluxos operacionais.
Março	Capacitação sobre atendimento pré-hospitalar móvel, abordagem inicial ao paciente crítico, avaliação primária e secundária, suporte básico e avançado de vida, atendimento ao trauma, urgências clínicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas.
Abril	Capacitação sobre segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar, identificação correta do paciente, segurança na administração de medicamentos, prevenção de incidentes, biossegurança, higienização das mãos, gerenciamento de riscos e notificação de eventos adversos.
Maio	Atualização dos protocolos assistenciais e operacionais do SAMU 192, incluindo regulação médica, atendimento às emergências tempo-dependentes (IAM, AVC e Trauma), transporte inter-hospitalar, atendimento a múltiplas vítimas e incidentes com produtos perigosos.
Junho	Capacitação em comunicação operacional, radiocomunicação, utilização dos sistemas informatizados da Central de Regulação, registro das ocorrências, indicadores operacionais, tempos-resposta, documentação assistencial e integração com a Rede de Atenção às Urgências.
Julho	Avaliação semestral das ações de Educação Permanente; análise dos indicadores de capacitação, participação, desempenho e aplicabilidade; revisão do Plano Anual; definição de ações corretivas e novas prioridades de treinamento.

Agosto	Desenvolvimento do **Projeto Samuzinho**, com ações educativas voltadas às escolas do município, além da capacitação dos profissionais da Atenção Primária, hospitais, UPAs e demais componentes da Rede de Atenção às Urgências, fortalecendo a integração regional e a educação em urgência.
Setembro	Capacitação sobre saúde e segurança do trabalhador, direção defensiva, segurança nas operações com viaturas, prevenção de acidentes, ergonomia, gerenciamento do estresse ocupacional, uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e condutas pós-exposição a material biológico.
Outubro	Atualização sobre registros assistenciais, documentação das ocorrências, qualidade da informação, produção assistencial, CNES, sistemas oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, proteção de dados pessoais, sigilo profissional e aspectos éticos do atendimento pré-hospitalar.
Novembro	Realização de simulações realísticas, treinamentos integrados, exercícios práticos de atendimento a múltiplas vítimas, desastres, incidentes com produtos perigosos, parada cardiorrespiratória, atendimento ao trauma e discussão multiprofissional de casos clínicos para revisão dos protocolos assistenciais e operacionais.
Dezembro	Avaliação anual do Programa de Educação Permanente; consolidação dos indicadores; elaboração do relatório anual de atividades do Núcleo de Educação em Urgência; levantamento das necessidades de capacitação para o exercício seguinte; elaboração da proposta preliminar do Plano Anual de Educação Permanente.

9.2 Comissão de Humanização

A humanização constitui diretriz transversal do Sistema Único de Saúde e compreende a valorização dos usuários, trabalhadores e demais sujeitos envolvidos na produção do cuidado, reconhecendo sua autonomia, corresponsabilidade e participação nos processos assistenciais e de gestão. Sua implementação pressupõe a qualificação das relações, da comunicação, do acolhimento, da ambiência e dos processos de trabalho, com foco na atenção integral, resolutiva, ética e respeitosa.

A Comissão de Humanização será instituída pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo como instância permanente, multiprofissional, consultiva, propositiva e educativa, responsável por apoiar a implantação, o desenvolvimento, o monitoramento e a avaliação das ações de

humanização nos serviços contemplados pelos Lotes I e II do Chamamento Público nº 001/SMS/2026, do Município de Ferraz de Vasconcelos.

Sua atuação será orientada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, promovendo o acolhimento com escuta qualificada, o respeito aos direitos dos usuários, a comunicação clara e acessível, a valorização dos trabalhadores, a participação dos usuários e familiares, a gestão participativa, a integração entre equipes e a melhoria contínua da experiência do cuidado.

No âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU 192, a Comissão apoiará ações voltadas à comunicação respeitosa, ao atendimento digno e seguro em situações críticas, ao acolhimento de usuários e familiares, à preservação da privacidade, ao respeito às diferenças e à valorização dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel.

A Comissão desenvolverá suas atividades de forma articulada com os serviços assistenciais, administrativos e de apoio, com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Ouvidoria, a Gestão de Pessoas e as demais comissões institucionais, utilizando manifestações dos usuários, pesquisas de satisfação, indicadores, auditorias e situações identificadas no cotidiano dos serviços como subsídios para elaboração de planos de ação e aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Dessa forma, a Comissão de Humanização constituirá espaço institucional de análise, diálogo e proposição, contribuindo para consolidar práticas assistenciais e gerenciais pautadas no respeito, na equidade, na integralidade, na ética, na segurança, na corresponsabilização e na dignidade das pessoas.

9.2.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros Propostos (com caráter multiprofissional)

A Comissão de Humanização será constituída por representantes dos diferentes processos de trabalho desenvolvidos pela Irmandade da Santa Casa

de Misericórdia de São Bernardo do Campo, garantindo atuação multiprofissional e integração entre as áreas assistenciais e administrativas.

Composição proposta:

- ✓ Representante da Gestão da Unidade;
- ✓ Representante da equipe de enfermagem;
- ✓ Representante da equipe médica;
- ✓ Representante da equipe multiprofissional;
- ✓ Representante da equipe administrativa;
- ✓ Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
- ✓ Representante do Núcleo de Educação Permanente em Saúde;
- ✓ Representante da Ouvidoria, quando constituída.

A composição poderá ser ampliada ou ajustada de acordo com as necessidades dos serviços, assegurando representação multiprofissional e compatibilidade com a estrutura organizacional prevista para execução do Contrato de Gestão.

Finalidade

A Comissão de Humanização tem por finalidade planejar, propor, implementar, acompanhar e avaliar ações voltadas à promoção da Política Nacional de Humanização, contribuindo para a qualificação da assistência, o fortalecimento das relações interpessoais, a valorização dos trabalhadores e a melhoria da experiência dos usuários nos serviços de saúde.

Compete à Comissão:

- ✓ Promover a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização nos serviços sob gestão da Irmandade;
- ✓ Incentivar práticas de acolhimento, escuta qualificada, respeito à diversidade, ética e comunicação humanizada;
- ✓ Propor ações voltadas à qualificação das relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestão;

- ✓ Apoiar a implantação de estratégias de ambiência, acessibilidade e melhoria da experiência do usuário;
- ✓ Acompanhar indicadores de satisfação dos usuários e dos trabalhadores, propondo ações de melhoria contínua;
- ✓ Analisar manifestações provenientes da Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais instrumentos de participação social, subsidiando a elaboração de planos de ação;
- ✓ Desenvolver, em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, ações de sensibilização e capacitação relacionadas à humanização da assistência e dos processos de trabalho;
- ✓ Estimular a integração entre os diferentes serviços e equipes, fortalecendo o trabalho colaborativo e a corresponsabilização pelo cuidado;
- ✓ Incentivar a participação dos usuários, familiares e trabalhadores na construção de propostas de melhoria dos serviços;
- ✓ Acompanhar a execução das ações previstas no Plano de Humanização, monitorando sua efetividade por meio de indicadores e avaliações periódicas;
- ✓ Elaborar relatórios, pareceres e recomendações destinados ao aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e administrativos;
- ✓ Atuar de forma integrada com as demais comissões e núcleos institucionais, contribuindo para a melhoria da qualidade, da segurança do paciente e da gestão dos serviços.

9.2.2 Proposta de Regimento Interno

Proposta de Regimento Interno Comissão de Humanização

CAPÍTULO I

DA COMISSÃO

Art. 1º A Comissão de Humanização constitui instância permanente, de caráter consultivo, propositivo, educativo e articulador, instituída pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para promover, acompanhar e fortalecer a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços objeto do Contrato de Gestão.

Art. 2º A Comissão desenvolverá suas atividades em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização, a legislação vigente, as normas institucionais e as disposições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS

Art. 3º Constituem objetivos da Comissão de Humanização:

I – Promover a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização;

II – Incentivar a cultura do acolhimento, da escuta qualificada, do respeito, da ética e da comunicação humanizada;

III – Fortalecer as relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestão;

IV – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência e dos processos de trabalho;

V – Estimular a participação dos usuários e dos trabalhadores na construção de propostas de melhoria dos serviços;

VI – Promover ações voltadas à valorização dos trabalhadores e ao fortalecimento do trabalho em equipe;

VII – Apoiar a construção de ambientes assistenciais acolhedores, seguros, acessíveis e humanizados;

VIII – Acompanhar indicadores relacionados à humanização, propondo ações de melhoria contínua.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º Compete à Comissão:

I – Elaborar e acompanhar o Plano Anual de Humanização;

II – Propor estratégias para fortalecimento das práticas de acolhimento e humanização;

III – Incentivar a adoção de práticas centradas nas necessidades dos usuários e suas famílias;

IV – Acompanhar os resultados das pesquisas de satisfação dos usuários e trabalhadores;

V – Analisar informações provenientes da Ouvidoria, auditorias, indicadores institucionais e demais instrumentos de avaliação relacionados à humanização;

VI – Propor planos de melhoria decorrentes das análises realizadas;

VII – Apoiar ações de educação permanente relacionadas à humanização da assistência e das relações de trabalho;

VIII – Incentivar a integração entre os diversos serviços e equipes multiprofissionais;

IX – Acompanhar campanhas institucionais e ações previstas no Calendário da Saúde do Ministério da Saúde relacionadas à promoção da saúde, humanização e participação social;

X – Elaborar atas, pareceres, recomendações e relatórios das atividades desenvolvidas.

CAPÍTULO IV
DA COMPOSIÇÃO E DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º A Comissão será composta por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio, observando a composição multiprofissional prevista neste Plano de Trabalho.

Art. 6º A coordenação da Comissão será exercida por representante formalmente designado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Art. 7º A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de sua coordenação ou por solicitação da maioria de seus membros.

Art. 8º As reuniões serão registradas em ata, contendo pauta, participantes, deliberações, responsáveis pela execução das ações e respectivos prazos.

Art. 9º As deliberações serão adotadas, preferencialmente, por consenso entre os membros presentes e, quando necessário, por maioria simples dos participantes da reunião.

CAPÍTULO V
DO PLANEJAMENTO E DO MONITORAMENTO

Art. 10. A Comissão elaborará anualmente seu Plano de Trabalho, contendo, no mínimo:

I – Objetivos;

II – Cronograma anual de atividades;

III – Ações educativas;

IV – Campanhas institucionais;

V –Indicadores de monitoramento;

VI – Responsáveis pela execução das ações;

VII – Metodologia de avaliação dos resultados.

Art. 11. O acompanhamento das ações será realizado por meio da análise periódica de indicadores institucionais, pesquisas de satisfação, manifestações dos usuários, registros das atividades desenvolvidas e demais instrumentos de monitoramento da qualidade.

Art. 12. A Comissão poderá propor planos de ação sempre que forem identificadas oportunidades de melhoria relacionadas ao acolhimento, à

comunicação, à ambiência, à participação dos usuários, à valorização dos trabalhadores ou aos processos de trabalho.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. As atividades da Comissão serão desenvolvidas de forma integrada com os demais núcleos, comissões e serviços institucionais, buscando fortalecer a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a educação permanente, a gestão participativa e a melhoria contínua dos processos organizacionais.

Art. 14. A Comissão poderá convidar profissionais ou representantes de outras áreas para participação em reuniões e discussões técnicas, sempre que a matéria em análise exigir conhecimento específico.

Art. 15. Os casos omissos neste Regimento serão analisados pela Comissão e encaminhados à Gestão da Unidade para deliberação, observadas a legislação vigente e as normas institucionais.

Art. 16. Este Regimento Interno poderá ser revisado sempre que houver atualização normativa, necessidade de adequação dos processos institucionais ou alteração das diretrizes do Contrato de Gestão.

Data XXX, XXX, XXX
Assinatura.

9.2.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Mês	Atividades Permanentes	Campanhas e Ações do Calendário da Saúde

Janeiro	Elaboração do Plano Anual da Comissão, definição de indicadores, reuniões de planejamento, acolhimento institucional dos profissionais.	Janeiro Branco – Promoção da Saúde Mental e Bem-Estar dos Trabalhadores e Usuários.
Fevereiro	Avaliação da experiência do usuário, fortalecimento do acolhimento e escuta qualificada.	Campanhas educativas de prevenção às IST, saúde sexual e reprodutiva e prevenção das arboviroses, conforme calendário do Ministério da Saúde.
Março	Avaliação dos fluxos de atendimento, comunicação e direitos dos usuários.	Saúde da Mulher, prevenção do câncer do colo do útero, incentivo ao pré-natal, humanização da assistência obstétrica e puerperal.
Abril	Pesquisa de satisfação, monitoramento da ambiência e das práticas de humanização.	Abril Verde – Segurança do Trabalhador; campanhas de vacinação e promoção da segurança do paciente.
Maio	Capacitação sobre comunicação efetiva, acolhimento e trabalho em equipe.	Maio Amarelo – Prevenção de Acidentes de Trânsito; incentivo à doação de leite humano e demais campanhas ministeriais do período.
Junho	Avaliação semestral das ações da Comissão e revisão do plano de ação.	Junho Vermelho – Incentivo à Doação de Sangue; ações educativas relacionadas à saúde coletiva.
Julho	Monitoramento dos indicadores de humanização e elaboração de planos de melhoria.	Julho Amarelo – Hepatites Virais; fortalecimento das ações de prevenção e diagnóstico oportuno.
Agosto	Desenvolvimento de ações de valorização do trabalhador e fortalecimento da comunicação institucional.	Agosto Dourado – Aleitamento Materno; incentivo à amamentação e humanização do cuidado materno-infantil.
Setembro	Educação permanente sobre acolhimento e atendimento humanizado.	Setembro Amarelo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção do Suicídio.
Outubro	Avaliação dos processos assistenciais e administrativos sob a ótica da humanização.	Outubro Rosa – Prevenção do Câncer de Mama; promoção da saúde da mulher.
Novembro	Pesquisa de satisfação dos usuários e trabalhadores; monitoramento dos indicadores institucionais.	Novembro Azul – Saúde do Homem; conscientização sobre diabetes e outras campanhas nacionais.
Dezembro	Avaliação anual da Comissão, elaboração do Relatório Anual e planejamento do exercício seguinte.	Dezembro Vermelho – Prevenção do HIV, IST e Hepatites Virais; ações de encerramento do ciclo anual.

9.3 Comissão de Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuários constitui instância técnico-assistencial essencial no âmbito da gestão hospitalar, com a finalidade de assegurar a qualidade, a integridade e a conformidade dos registros clínicos produzidos nas unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Considerando que o prontuário do paciente é documento legal, sigiloso e indispensável para a continuidade do cuidado, para a segurança assistencial e para a adequada apuração da produção de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS, a atuação da Comissão visa garantir que todas as informações clínicas, assistenciais e administrativas sejam registradas de forma completa, legível, fidedigna e em conformidade com as normas vigentes.

Nesse contexto, a Comissão de Revisão de Prontuários desempenha papel estratégico na padronização dos registros, na identificação de inconsistências, na orientação das equipes multiprofissionais e na promoção de melhoria contínua da qualidade assistencial, contribuindo diretamente para a segurança do paciente, a redução de glosas no faturamento e a conformidade com os requisitos legais e regulatórios.

A atuação da Comissão observará as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, pelas normativas do Sistema Único de Saúde, pela legislação aplicável à proteção de dados e pelas orientações dos órgãos de controle, garantindo a rastreabilidade das informações e a transparência dos processos assistenciais.

Dessa forma, a Comissão de Revisão de Prontuários reafirma seu compromisso com a excelência na assistência, a segurança do paciente, a qualidade dos registros clínicos e a adequada gestão das informações em saúde, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados pela Irmandade.

9.3.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros

Tem a finalidade de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. Ela ainda é responsável por garantir o cumprimento no padrão de qualidade prestado pelos profissionais e proporciona dados para pesquisa e estudos científicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem a finalidade de atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do 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 será composta por 2 (dois) membros da equipe médica, 2 (dois) membros da Equipe de Enfermagem e 1 (um) membro da Diretoria Administrativa.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

a. Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade assegurar a qualidade, a integridade, a conformidade e a fidedignidade dos registros clínicos e assistenciais, garantindo que o prontuário do paciente reflita, de forma completa e adequada, todas as informações relacionadas ao cuidado prestado no âmbito das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

A Comissão atua na verificação sistemática dos prontuários, com o objetivo de identificar inconsistências, lacunas de informação, inadequações de preenchimento e não conformidades em relação às normas técnicas, éticas e legais vigentes, promovendo ações corretivas e orientativas junto às equipes multiprofissionais.

Adicionalmente, tem como finalidade contribuir para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, a padronização dos registros assistenciais e a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, bem como subsidiar os processos de faturamento e auditoria, reduzindo glosas e assegurando a adequada comprovação da produção assistencial perante o Sistema Único de Saúde – SUS.

A Comissão também desempenha papel relevante na educação permanente das equipes, por meio da disseminação de boas práticas de registro, da orientação técnica e do monitoramento de indicadores de qualidade dos prontuários, fortalecendo a cultura de responsabilidade e excelência assistencial.

Dessa forma, sua atuação contribui para a transparência dos processos, a rastreabilidade das informações em saúde e a conformidade com as exigências dos órgãos reguladores e de controle.

b. Atribuições

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

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.

Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

Tipo de Alta.

Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

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

Desenvolver atividades de caráter técnico–cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Resolução na íntegra

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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 o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

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

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir 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.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, 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.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE **RUBENS DOS SANTOS SILVA**
Presidente Secretário-Geral

DISPOSIÇOES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

9.3.2 Proposta de Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Capitulo I

Artigo 1° - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) das Unidades, será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Diretor Clinico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados:

Serviço Médico

Serviço de Enfermagem

SAME

Faturamento

Capitulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2° - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do 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), e exames anexados;

Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, descriminação de todos os procedimentos ao qual 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 respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, 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.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clinicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPITULO III
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3° - A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4° - A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5° - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6° - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7° - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

CAPITULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8° - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

9.3.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. **Janeiro**
   - Planejamento anual da comissão.
   - Definição de critérios de auditoria documental.
   - Sensibilização das equipes quanto à importância dos registros.
2. **Fevereiro**
   - Revisão amostral de prontuários de cada Unidade.
   - Emissão de relatório com não conformidades.
3. **Março**
   - Revisão de prontuários de internação clínica.
   - Capacitação sobre preenchimento adequado de evolução multiprofissional.
4. **Abril**
   - Reunião trimestral de análise consolidada.
   - Alinhamento de protocolos com setores assistenciais.
5. **Maio**
   - Revisão de prontuários obstétricos e pediátricos.
   - Campanha interna sobre responsabilidade legal do prontuário.
6. **Junho**
   - Revisão de prontuários cirúrgicos.
   - Relatório semestral de conformidade documental.
7. **Julho**
   - Treinamento sobre prescrição segura e legibilidade.
   - Revisão de prontuários da UTI.
8. **Agosto**
   - Auditoria direcionada a registros de alta hospitalar.
   - Emissão de relatório técnico com recomendações.
9. **Setembro**
   - Semana da Qualidade em Prontuário (ações educativas).
   - Reunião de análise do 3º trimestre.

10. **Outubro**
    - Revisão de prontuários psiquiátricos (se aplicável).
    - Capacitação sobre confidencialidade e sigilo profissional.
11. **Novembro**
    - Revisão de prontuários ambulatoriais e de urgência.
    - Relatório comparativo anual (indicadores de conformidade).
12. **Dezembro**
    - Reunião de fechamento anual.
    - Elaboração do relatório final e planejamento preliminar para o ano seguinte.

A comissão irá manter reuniões mensais regulares e emitir relatórios periódicos, com devolutiva para equipes assistenciais.

Integrará a CARP ao sistema de qualidade, utilizando seus achados para aprimorar protocolos clínicos e administrativos.

9.4 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica constitui órgão de assessoramento técnico e institucional destinado a promover, orientar e fiscalizar o exercício ético da medicina no âmbito das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Sua atuação está fundamentada nos princípios e normas estabelecidos pelo Código de Ética Médica, bem como nas diretrizes emanadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina, tendo como finalidade assegurar que a prática médica seja exercida com responsabilidade, dignidade, competência técnica e respeito aos direitos dos pacientes.

A Comissão exerce papel essencial na consolidação de uma cultura organizacional pautada na ética, na qualidade assistencial e na segurança do paciente, atuando de forma preventiva, educativa e orientadora junto ao corpo

clínico, bem como na análise de situações que envolvam possíveis desvios de conduta profissional.

No desempenho de suas atribuições, a Comissão contribui para o fortalecimento das boas práticas médicas, para a melhoria contínua dos processos assistenciais e para a garantia da conformidade institucional com os preceitos legais, éticos e regulatórios aplicáveis.

Dessa forma, a Comissão de Ética Médica reafirma o compromisso da Irmandade com a excelência assistencial, a integridade profissional e a humanização do cuidado, promovendo a confiança entre profissionais de saúde, pacientes e a instituição.

9.4.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros

Ela trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

A constituição da Comissão de Ética Médica faz-se obrigatória em todas as instituições que possuam em seu Corpo Clínico o número igual ou superior a TRINTA E UM médicos.

Nas instituições com até TRINTA médicos, não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico encaminhar as demandas éticas ao CREMESP.

As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições quanto a sua proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

A composição da Comissão de Ética Médica deverá obedecer às disposições contidas no Artigo 3º e suas Alíneas do Regulamento das Comissões de Ética Médica contidas na Resolução CFM 2.152/2016.

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, junto ao Pronto Socorro, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 161/2007 do Conselho

Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

A Comissão de Ética Médica será composta por 4 membros efetivos e igual número de membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do Pronto Socorro, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

b. Finalidade

A finalidade das Comissões de Ética Médica podem ser descritas da seguinte forma:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão médica 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, inclusive ao CRM/SP, as eventuais más condições de trabalho na instituição,
- Colaborar com o CRM/SP divulgando resoluções, normas e pareceres,
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência,
- Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM/SP e do próprio CRM/SP ou por iniciativa própria.
- Resolução CFM na íntegra

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2016. Seção I, p.566-567

REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11-12-2002

Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº

11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 3268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016, resolve:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

ANEXO

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I

Das Disposições Gerais

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo II

Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III

Das Competências

Seção I

Da Competência das Comissões de Ética Médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II

Das Competências do Presidente e do Secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;

b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

a) Eleger o presidente e o secretário;

b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV

Das Eleições
Seção I
Das Regras Gerais das Eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 11. São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

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

Art. 12. O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II
Do Processo Eleitoral

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição 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 instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e 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 a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

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

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

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, 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 Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. 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 Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V

Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I

Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II
Da Apuração Interna

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. 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 Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. 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 Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 31. 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 respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Resolução CREMESP na íntegra

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO
RESOLUÇÃO CREMESP Nº 161, DE 24 DE ABRIL DE 2007

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 15 maio 2007. Seção 1, p.140

ALTERA A RESOLUÇÃO CREMESP Nº 83, DE 29-07-1998

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58 e,

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.657/2002, que regulamenta as Comissões de Ética Médica;

CONSIDERANDO a alteração contida na Resolução CFM nº 1.812/07, que altera o prazo de mandato das Comissões de Ética Médica para "até 30 (trinta) meses";

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98 teria sido tacitamente revogado pela Resolução CFM nº 1.657/2002

CONSIDERANDO a necessidade de se uniformizar os mandatos das Comissões de Ética Médica no âmbito do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO o decido em Reunião de Diretoria de 23/04/2007;

RESOLVE:

Artigo 1º. Considerar válido o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98, repristinando a norma jurídica em questão, que passa a viger da seguinte forma:

"Artigo 2º. As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no "Dia do Médico", 18 de outubro, nos anos pares. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente".

Artigo 2º. As demais disposições da Resolução CREMESP nº 83/98 permanecem inalteradas, salvo no que conflitar com a Resolução Federal que regulamenta as Comissões de Ética Médica em âmbito nacional.

Artigo 3º. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 20 de abril de 2007.
Dr. Desiré Carlos Callegari - Presidente
Homologada na 3649ª Sessão Plenária realizada em 24/04/2007.

9.4.2 Proposta de Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

I. FINALIDADE

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao "braço" dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de trabalho médico e o atendimento prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

II. COMPOSIÇÃO

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e da própria Comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

III. ELEIÇÕES:

São organizadas por uma Comissão Eleitoral Autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independentemente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

IV. IMPEDIMENTOS

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção no Hospital, como Diretor Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.

Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, seu mandato cessará automaticamente.

V. SEDE

A sede da Comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou secretario, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica

- Opinião
- Educação
- Fiscalização
- Sindicâncias
- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição 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 cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da Instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento. 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.

São atribuições e competências da secretária da Comissão

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;

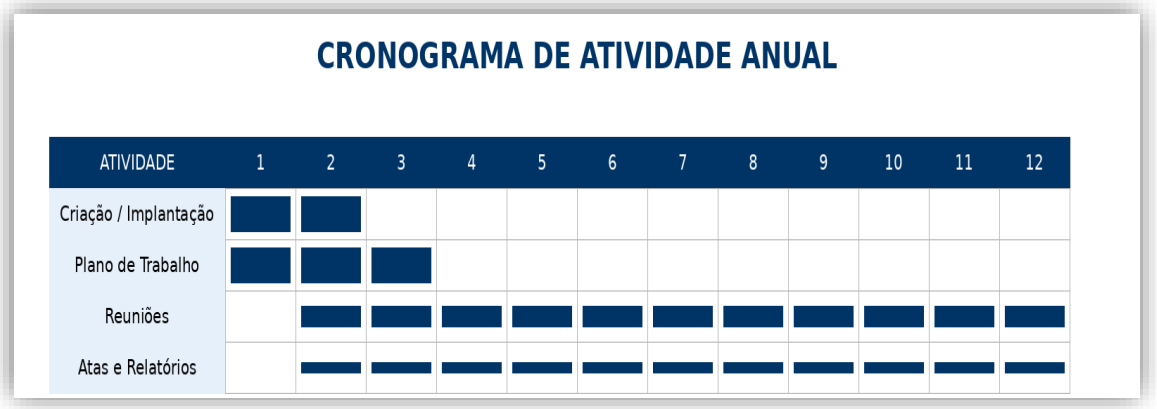
f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretária;

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Diretor Clínico da Instituição.

9.4.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades



1. **Janeiro**

- Planejamento anual das atividades da comissão.
- Definição de fluxos de recebimento e análise de denúncias/representações.
- Reunião de alinhamento com a direção clínica e administrativa.

2. **Fevereiro**

- Palestra interna sobre **sigilo médico e ética no atendimento**.
- Início do acompanhamento de casos em análise.

3. **Março**

- Revisão de protocolos assistenciais à luz do Código de Ética Médica.
- Reunião trimestral de análise de condutas e registros de ocorrências.

4. **Abril**

- Atividade educativa com corpo clínico sobre relações médico-paciente.
- Relatório parcial sobre situações éticas registradas no trimestre.

5. **Maio**

- Oficina sobre uso ético das redes sociais e prontuário eletrônico.
- Discussão de casos práticos (sem identificação de pacientes).

6. **Junho**

- Reunião semestral de avaliação das ocorrências.
- Emissão de relatório técnico para a direção clínica.

7. **Julho**

- Capacitação sobre erro médico, eventos adversos e responsabilidade ética.
- Reunião extraordinária se houver casos graves em análise.

8. **Agosto**

- Avaliação de condutas em áreas críticas (PS, UTI, Centro Cirúrgico).
- Reunião ordinária da comissão para recomendações preventivas.

9. **Setembro**

- Semana de Ética Médica (palestras e debates com médicos e residentes).
- Revisão de documentos internos da unidade (normas e fluxos).

10. **Outubro**

- Encontro com a equipe multiprofissional para integração ética.
- Reunião trimestral de acompanhamento dos casos.

11. **Novembro**

- Atualização e divulgação de pareceres e orientações éticas.
- Relatório comparativo anual (análise de ocorrências e medidas adotadas).

12. **Dezembro**

- Reunião final de fechamento anual.
- Elaboração do relatório final para envio ao Conselho Regional de Medicina.
- Planejamento preliminar das ações para o próximo ano.

A CEM irá se reunir mensalmente (ordinária) e de forma extraordinária em situações emergenciais, garantindo transparência, sigilo e imparcialidade, sempre com todas as atividades alinhadas ao Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e manter registro formal das atas e relatórios.

9.5 Comissão de Ética de Enfermagem

As Comissões de Éticas de Enfermagem (C.E.E.) tem por finalidade, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada

à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

9.5.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a constituição da Comissão de Ética de Enfermagem nas unidades sob sua gestão, como instância técnico-assistencial e consultiva, com a finalidade de promover, orientar e zelar pelo exercício ético das atividades de enfermagem, em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as normativas do Conselho Federal e do Conselho Regional de Enfermagem.

A Comissão será composta por profissionais de enfermagem devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Enfermagem, garantindo representatividade das diferentes áreas assistenciais da unidade, incluindo, preferencialmente, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Sua constituição observará os critérios estabelecidos pelo COREN, assegurando a participação de membros titulares e suplentes, com atuação pautada na imparcialidade, na confidencialidade e no compromisso com a ética profissional.

A finalidade da Comissão consiste em assegurar a observância dos princípios éticos na prática da enfermagem, promovendo a qualidade da assistência prestada, a segurança do paciente e a integridade das relações profissionais no ambiente institucional. Compete à Comissão orientar os profissionais quanto às normas éticas vigentes, analisar situações que envolvam possíveis infrações éticas, propor medidas educativas e preventivas, bem como encaminhar, quando necessário, as ocorrências aos órgãos competentes, observados os princípios do contraditório e da ampla defesa.

Adicionalmente, a Comissão desempenhará papel fundamental na promoção da educação permanente em ética profissional, na disseminação de

boas práticas assistenciais e na consolidação de uma cultura organizacional baseada na responsabilidade, no respeito e na excelência do cuidado.

Dessa forma, a constituição da Comissão de Ética de Enfermagem reforça o compromisso institucional da Irmandade com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a conformidade com as diretrizes legais e éticas aplicáveis à prática da enfermagem.

9.5.2 Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO PARA A CRIAÇÃO, FORMAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO

Art. 1º - As Comissões de Éticas de Enfermagem (CEE) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem vinculados a tais entes.

§1º. As CEE deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de Enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente.

§2º. A atuação da CEE deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

Art. 2º - As Comissões de Ética de Enfermagem são vinculadas ao COREN-SP, mantendo a sua autonomia em assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de Enfermagem. Parágrafo Único – Cabe ao enfermeiro Responsável Técnico estimular a implantação das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Éticas de Enfermagem serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição.

§1º. Nas instituições cujo quadro for preenchido somente por enfermeiros, a CEE será composta exclusivamente por profissional com este grau de habilitação.

§2º. O cargo de presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro.

Art. 4º - As Comissões de Éticas serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

a) Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) enfermeiros e 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e respectivos suplentes;

b) Instituições com 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por

5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

c) Instituições com 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

d) Instituições com o número acima de 300 (trezentos) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 9 (nove) membros efetivos, sendo 5 (cinco) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

§1º. Nos Municípios ou regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora, onde cada uma delas possua menos de 5 (cinco) enfermeiros, será permitida a constituição de CEE representativa do conjunto das referidas

unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade. Parágrafo único. Esta regra pode ser aplicada às secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde, ou ainda, nas instituições vinculadas à medicina de grupo, inclusive em âmbito ambulatorial, laboratorial e demais entidades congêneres.

Art. 5º - O enfermeiro que exerce cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

Art. 6 º - O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

a) Divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e das demais normatizações emanadas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem de São Paulo;

b) Colaborar com o COREN-SP na tarefa de discussão, divulgação, educação e orientação dos temas relativos à Enfermagem, desenvolvendo a consciência ético-profissional dos profissionais, que lhe sejam vinculados, no ambiente institucional;

c) Comunicar ao COREN-SP a prática de exercício ilegal da profissão, bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dispositivos éticos vigentes, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas na esfera institucional;

d) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando o resultado das apurações ao enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN -SP, nos casos em que hajam indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de Enfermagem.

e) Solicitar ao presidente do COREN-SP, após dar ciência ao enfermeiro

Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-SP, quando o fato ocorrido assim o requeira.

f) Encerrar a sindicância, nos casos em que não se constatar indícios de infração ética, arrolando-se todos os documentos e elaborando-se relatório para arquivo na Instituição.

g) Comunicar ao COREN-SP indícios de prática irregular de assistência de Enfermagem aos pacientes, nos casos em que tais faltas sejam cometidas pelos profissionais registrados nesta autarquia federal, desde que configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.

h) Manter junto ao COREN-SP o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição.

i) Propor e participar, em conjunto com o Responsável Técnico e com o enfermeiro responsável pelo setor de educação continuada de Enfermagem, ações preventivas, educativas e orientadoras, conscientizando os funcionários com registro no COREN-SP sobre a questão das responsabilidades ético-profissionais.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Eleger Presidente e Secretário;

b) Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

c) Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem sindicados;

d) Desenvolver demais atribuições previstas neste Regimento.

Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

b) Planejar e controlar as atividades programadas;

c) Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

d) Elaborar relatório, nos termos do disposto na alínea “d”, artigo 7º, deste regimento;

e) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-SP;

f) Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

g) Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art. 10 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Proceder aos registros das reuniões em ata;

b) Verificar o quórum de deliberação, conforme o relatado no art. 22;

c) Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;

d) Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância;

e) Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE;

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 11 – O escrutínio para eleição de membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto.

§1º Na impossibilidade de cumprimento do disposto no caput deste artigo, os membros da CEE poderão ser indicados pelo enfermeiro Responsável Técnico, ou voluntariar-se candidato, atendendo os critérios do artigo 4º.

§2º Nos casos do parágrafo anterior, deverão ser observados os requisitos 30 impostos pelo art. 17 deste regimento.

§3º Os membros da CEE voluntários ou indicados pelo Enfermeiro Responsável Técnico poderão exercer tal função por um período máximo de 1 (um) ano, contados a partir da posse, devendo prestar compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo e de promover novas eleições dos membros da Comissão de Ética, lavrando-se o respectivo termo.

Art. 12 - A relação dos nomes dos candidatos às vagas da CEE deverá ser afixada em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 7 (sete) dias, para ciência e eventual impugnação.

Art. 13 – Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

I - Grupo I – correspondendo ao grau de habilitação de Enfermeiro – quadro I;

II - Grupo II – composto por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – quadros II e III, respectivamente.

Parágrafo único – Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

Art. 14 – A convocação da eleição será feita pelo enfermeiro Responsável Técnico, por edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias anteriores à eleição.

Art. 15 – O enfermeiro Responsável Técnico designará Comissão Eleitoral com competência para organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o pleito. Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não poderão se candidatos à CEE.

Art. 16 – Os candidatos farão sua inscrição, de forma individual, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias à data da eleição.

§1º. A lista dos inscritos será divulgada na instituição, em rol organizado em ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana, em lista a ser afixada pela Comissão Eleitoral em local de fácil acesso aos profissionais de Enfermagem.

§2º. O rol de candidatos deverá ser enviado ao COREN-SP para apreciação das condições necessárias de elegibilidade impostas no art. 17 deste.

Art. 17 – Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos:

I – Possuir registro profissional, definitivo ou provisório, junto ao COREN-SP, inexistindo de débitos para com esta autarquia federal;

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

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

Art. 18 – A apuração dos votos 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;

§2º - O resultado da apuração deverá ser enviado ao COREN-SP, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o pleito.

§3º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder-se-á ao desempate utilizando-se o critério de maior tempo de exercício profissional na instituição, na categoria eleita.

§4º. Persistindo o empate, será eleito o profissional com o maior tempo de inscrição junto ao COREN-SP.

Art. 19 – Eventual indignação quanto aos fatos ocorridos durante o processo eleitoral, ou mesmo contra candidato eleito, indicado ou que tenha se voluntariado, deverá ser formalizada, por escrito,

no prazo de até 48 (quarenta e oito horas) após o cômputo dos votos ou publicação da lista provisória de indicados ou admitidos em caráter de voluntariado.

§1º. A manifestação de inconformismo será entregue, pelo profissional de Enfermagem interessado, à Comissão Eleitoral, mediante recibo;

§2º. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 10 (dez) dias para responder ao requerimento; §3º. Em caso de decisão contrária ao quanto requerido, ou ainda de omissão à resposta, no prazo fixado no parágrafo supra, faculta-se ao profissional indignado, direito à nova manifestação, mediante protocolo em petição, endereçada ao presidente do COREN-SP.

§4º. O COREN-SP responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.

Art. 20 – Homologados os resultados pelo COREN-SP, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

Art. 21 – Com a homologação dos resultados pelo COREN-SP, considerasse extinta a Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 22 – A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando necessário.

Art. 23 – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância deverão ser sigilosos, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos, para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como circunstâncias especiais do caso que possam fazer induzir a sua autoria.

Art. 24 – As deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples, sendo prerrogativa de seu presidente a emissão do "voto de Minerva", para desempate.

Art. 25 – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

b) Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, quando tomar conhecimento de indícios de irregularidades ético-disciplinares praticadas profissionais de Enfermagem, no exercício de suas atividades;

d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 26 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, convocando-os para esclarecimentos e juntada de documentos, caso necessário.

§1º. O sindicado exercerá seu direito à manifestação, a ser exercida na forma escrita, no prazo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura de recebimento da notificação da CEE.

§2º. As notificações poderão ser realizadas por via epistolar com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo através das pessoas da CEE, diretamente ao sindicado, de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade.

§3º. O descumprimento das convocações e demais solicitações da CEE,

nos casos em que forem justificadas, deverá ser encaminhado ao COREN -SP para análise.

Art. 27 – Todos os documentos relacionados com os fatos a apurar serão mantidos junto à sindicância.

§1º. Por documentos poderão ser entendidos cópia de prontuário, quando autorizado seu uso por quem de direito, bem como de livros de registro utilizados exclusivamente pela Enfermagem e outros escritos da Enfermagem que guardem relação com o objeto de apuração pela CEE.

§2º. O acesso aos autos de sindicância e demais documentos correlatos será franqueado às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, o qual não poderá formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos trabalhos de apuração. Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 29 – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a apuração de eventuais responsabilidades ético disciplinares.

Art. 30 – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem enquadrar-se em infração prevista no Código de Ética, a CEE poderá promover conciliação entre as partes envolvidas, além de promover orientações e emitir relatório, documentos esses que poderão ser emitidos à instituição para conhecimento e arquivamento, caso se entenda necessário.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata espécie-fica para tal fim.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 31 – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos. Parágrafo único. No caso previsto no caput deste artigo, a ocorrência deverá ser relatada ao COREN- SP para ciência.

Art. 33 – A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, conforme a ordem de votação.

Art. 34 – Havendo necessidade da participação de profissionais de outras áreas, estes poderão ser ouvidos durante os trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando-se o fato ao COREN-SP.

Art. 35 – O COREN-SP, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios enviados pela Comissão, promoverá seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos, visando o aperfeiçoamento técnico de seus componentes.

Art. 36 – Às Comissões de Éticas de Enfermagem já instaladas fica assegurada a faculdade de ajuste ao quantitativo fixado nos incisos do art. 4º deste Regimento.

§1º. Os quantitativos para as CEE a serem implantadas, na vigência deste regimento, serão os previstos nos incisos do art.

4º. Art. 37. A exceção da previsão do artigo antecedente, os demais preceitos regulamentares fixados para cumprimento nas sindicâncias pelas CEE, serão atendidos de imediato, realizando-se as devidas adaptações.

Proposta de Regimento Interno

As Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

I. Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;

II. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e

implementar a sistematização da assistência de enfermagem;

III. Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;

IV. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;

V. Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e praticas, e considerando limites e riscos;

VI. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e cientifico dos profissionais da saúde;

VII. Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;

IX. Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;

X. Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;

XI. Primar pela assistência centrada ao usuário;

XII. Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;

XIII. Adaptar se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;

XIV. Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;

XV. Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;

XVI. Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações

de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

9.5.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão	X											
Ata de Constituição	X											
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cronograma

1. **Janeiro**

Planejamento anual das atividades da comissão.
Definição dos fluxos de recebimento e análise de denúncias.
Reunião de alinhamento com a gerência de enfermagem.

2. **Fevereiro**

Palestra interna sobre responsabilidade ética no cuidado de enfermagem.
Início da coleta de indicadores de conformidade ética.

3. **Março**

Reunião trimestral para análise de ocorrências e discussões de casos.
Capacitação sobre registro adequado em prontuário de enfermagem.

4. **Abril**

Oficinas sobre relacionamento interpessoal e postura profissional.
Relatório parcial das situações analisadas no 1º trimestre.

5. **Maio**

Campanha alusiva à Semana da Enfermagem com foco em ética profissional.

Discussão de casos práticos (sigilo, autonomia do paciente, condutas adequadas).

6. **Junho**

Reunião semestral de avaliação dos casos.

Relatório técnico enviado à gerência e à direção clínica.

7. **Julho**

Capacitação sobre ética e segurança do paciente.

Análise de ocorrências em setores críticos (UTI, PS, centro cirúrgico).

8. **Agosto**

Encontro educativo sobre responsabilidade legal da enfermagem.

Reunião ordinária com emissão de recomendações preventivas.

9. **Setembro**

Semana de Ética de Enfermagem (ações educativas e debates).

Revisão dos fluxos internos de conduta ética.

10. **Outubro**

Reunião trimestral com análise dos casos e pareceres emitidos.

Atividade integrada com outras comissões (Ética Médica, CCIH, Segurança do Paciente).

11. **Novembro**

Relatório comparativo anual de ocorrências e medidas adotadas.

Capacitação sobre humanização e ética no atendimento multiprofissional.

12. **Dezembro**

Reunião final de fechamento anual.

Elaboração do relatório oficial para encaminhamento ao COREN.

Planejamento preliminar do cronograma do próximo ano.

9.6 Outras Comissões:

9.6.1 Comissão de Análise de Óbitos

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo** instituirá a Comissão de Análise e Revisão de Óbitos como instância técnico-científica, consultiva e permanente, responsável pela análise sistemática

dos óbitos ocorridos na Unidade, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, identificar oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente.

A Comissão atuará em conformidade com a **Resolução CFM nº 2.171/2017**, observando ainda as normas do Ministério da Saúde, as políticas de Segurança do Paciente e as diretrizes institucionais de qualidade assistencial, preservando o caráter educativo, preventivo e não punitivo das análises realizadas.

Sua atuação compreenderá a revisão dos prontuários, a avaliação da adequação dos registros assistenciais, a análise da causa básica e das circunstâncias relacionadas ao óbito, a verificação do correto preenchimento da Declaração de Óbito, bem como a elaboração de recomendações destinadas ao aprimoramento contínuo dos processos assistenciais, da documentação clínica e da qualidade da atenção prestada.

As conclusões da Comissão subsidiarão ações de educação permanente, revisão de protocolos assistenciais, monitoramento de indicadores e implementação de melhorias institucionais, contribuindo para a redução de eventos evitáveis, o fortalecimento da cultura de segurança e a qualificação permanente da assistência.

9.6.1.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

A resolução 2.171/2017 regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento.

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade atender a resolução CRMF No. 2.171/2017, que conceitua a análise dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição e unidade prestadora do serviço de saúde.

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à 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 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;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- 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 Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição 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-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

A Irmandade compromete-se, a notificar todos os eventuais óbitos ocorridos e as medidas adotadas.

Resolução na íntegra

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)
VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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 o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

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

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir 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.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, 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.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE	**RUBENS DOS SANTOS SILVA**
Presidente	Secretário-Geral

9.6.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos será criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

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

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos do Hospital:

Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta já estiver implantada no Pronto Socorro), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.

Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Pronto Socorro, e deverá ser nomeada em portaria da Direção da Instituição e publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

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

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO IV - DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será definida após a eleição dos membros. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção da Instituição, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à (Direção Técnica) uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via Diretoria;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art. 10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário (Relatório de Verificação de Óbitos – Anexo 1) para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão

Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e 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;

Zelar pelo sigilo ético das informações;

Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

Convocar e presidir as reuniões;

Sugerir seu substituto à Direção Técnica da Instituição;

Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

Fazer cumprir o regimento;

Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes; I

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;

Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria da Instiuição, Chefe da Divisão Médica e Gerência de Atenção à Saúde.

Art. 19. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20. O regimento entrará em vigor após aprovação do Colegiado Executivo e publicação no Boletim de Serviço do Pronto Socorro e entrará em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ANEXOS

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO					
Nome do paciente:		Idade:			
Nº do prontuário:			Data de nascimento:		
Data do Óbito:		Hora do Óbito:		Local do Óbito:	
Nº	Questão	Resposta			
		Sim	Ir para	Não	Ir para
01	Trata-se de caso terminal, irreversível?				
02	A morte foi devida a causa ou complicação esperada?				
03	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar as causas?				
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?				
05	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?				
06	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)				
07	Ha probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?				
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?				

09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?				
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou o problema identificado estava de acordo com os achados?				
11	Foi reconhecida a presença da causa?				
12	O diagnóstico era tratável				
13	O tratamento foi efetuado de forma e no tempo correto?				
14	Falta de material ou equipamento médico-hospitalar?				
15	Não realização de exame solicitado?				
16	Não realização de cirurgia proposta?				
17	Óbito no pós procedimento invasivo?				
18	Infecção hospitalar?				
19	Sepse/Choque séptico?				
20	Queda de leito hospitalar?				
21	Aguardando vaga em Unidade Hospitalar				

20	Queda de leito hospitalar?				
21	Aguardando vaga em Unidade Hospitalar				
22	Óbito durante transporte intra-hospitalar?				
"J"	Óbito justificado	Tipo de óbito: Local óbito e tempo Instável ( ) Sim ( ) Não Inevitável ( ) Sim ( ) Não)			
"?"	Dúvida: o óbito deve ser discutido				
Conclusões Clínicas		Atestado de Óbito			
Diagnóstico inicial:			Causa básica:		
Diagnóstico definitivo:			Causa consequência:		
Diagnóstico secundário:			Causa terminal:		
			Data do óbito: __/__/___		

	Avaliação de preenchimento Letra legível ( )sim ( )não Falta carimbo ( )sim ( ) não Falta preenchimento ( )sim ( ) não
Conclusão:	Revisor:

9.6.1.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

9.6.2 Comissão de Farmácia e Terapêutica

Diante das novas mudanças tecnológicas na área da saúde e novos produtos farmacêuticos, é de suma importância incorporar essas tecnologias no senário hospitalar.

Esses procedimentos irão otimizar a área administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição médica.

Será indispensável para tomada de decisão ter conhecimento dos medicamentos que farão parte do rol a ser adquirido pela Instituição, respeitando a lista municipal.

Para manter a padronização e excelência no trabalho a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional ligada ao uso de medicamentos e insumos pensando na eficácia terapêutica e melhorias na saúde dos usuários, é indispensável a formação e criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

PAPEL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Tem como finalidade seguir a padronização institutida através do REMUME, RENAME, programas estaduais e protocolos clínicos; elaborar e atualizar o Guia Farmacoterapêutico, definir diretrizes para o uso racional dos medicamentos, elaborar normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos, avaliação do impacto economico dos medicamentos na instituição para serem incorporados a novas tecnologias, investigação científica, gerenciamento de riscos e farmacovigilância (queixas, reações adversas, erros de medicamentos), realizar atividades educativas, participação em atividades de educação permanente junto a equipe de saúde, elaborar e divulgar instrumentos educativos e realizar campanhas para práticas seguras do uso de medicamentos.

9.6.2.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

COMPOSIÇÃO

A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos

humanos existentes na instituição. Contudo, a CFT pode contar com assessores "ad hoc", que são profissionais pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios para emissão de parecer técnico e tomada de decisão. O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde. Dessa forma, recomenda-se a composição baseada em um núcleo central executivo e flexibilidade para incorporar grupos técnicos de apoio de acordo com os assuntos a serem abordados, sendo necessário que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço. Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico. É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

Os membros executivos e suplentes da CFT devem ser designados pelo diretor clínico, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente. Adicionalmente, cada representante deve contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos, os quais participarão das sessões do Plenário, com direito a voto nos impedimentos dos Membros Titulares por motivo de afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas, não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados. Para melhor andamento das atividades, esta Comissão deve contar com uma secretária para apoio administrativo. É fundamental que a CFT esteja formalmente instituída por meio de documento legal, sendo elaborado regimento que normatize seu

funcionamento. Os membros executivos e os suplentes integrantes da CFT devem declarar os potenciais conflitos de interesse. Além disso, durante os trabalhos qualquer situação, que configure possível conflito de interesse, deve ser declarada pelo membro, que se absterá de participar da atividade específica. Ao término do mandato ou quando solicitado, pode ser fornecido aos membros da CFT uma declaração de participação para fins de currículo.

FUNCIONAMENTO

Esta Comissão deve reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma que será definido após o início das atividades e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou solicitada pela maioria de seus membros executivos. É necessária a definição de um local para viabilizar o seu funcionamento. De forma sistemática, as sessões da CFT são iniciadas com a presença da maioria simples dos seus membros ("quorum"). Não havendo "quorum" a reunião será suspensa. As reuniões podem seguir este roteiro:

- verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- verificação de presença dos membros e existência de "quorum";
- aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
- leitura e despacho do expediente;
- apresentação de assuntos por convidados externos;
- leitura da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação;
- encaminhamento das deliberações para Diretoria Clínica;
- organização da pauta da próxima reunião;
- encerramento dos trabalhos.

Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CFT, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a Ordem do Dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos. De preferência, as questões devem ser decididas por consenso. Contudo, se durante a discussão verificar se a impossibilidade de consenso, e esgotados argumentos com bases em evidências científicas, o Presidente tem o direito ao voto de

desempate. Além disso, o Presidente e os membros da Comissão podem solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza. Após a apresentação e leitura do parecer, o Presidente ou o Vice-Presidente submete à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem. O membro que não se considerar esclarecido quanto à matéria em exame, pode solicitar vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. Após entrar em pauta, recomenda-se que seja estabelecido um prazo para reapresentação da matéria para votação.

Atribuição

- Compete à comissão:
- Revisar permanentemente a relação de medicamentos padronizados;
- Avaliar e emitir parecer sobre solicitações de inclusão, exclusão de itens, bem como de alterações em suas apresentações na relação de medicamentos padronizados;
- Divulgar informações e justificativas relativas a novos medicamentos incluídos, excluídos ou alterados da relação de medicamentos padronizados;
- Contribuir para elaboração de protocolos terapêuticos.

DA CONSTITUTIÇÃO
DA COMPOSIÇÃO E DAS COMPETÊNCIAS DA CFT INTO/MS:

A Comissão será composta por representantes das seguintes unidades:

Presidente: responsável da Farmácia da unidade ou profissional indicado pelo responsável pela unidade.

Membros:

01 Representante Médico

01 Representante da Enfermeiro

01 Representante da Farmácia

01 Representante da Administração

Os membros serão indicados pelo presidente da comissão com o aval da direção da unidade.

Será dispensado, automaticamente, o membro permanente que deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas sem justificativa relevante, devendo o setor que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

Regimento

Compete ao presidente da Comissão:

Organizar a pauta das reuniões;

Guardar os registros, em ata, das resoluções da comissão;

Convocar, através de convite impresso, as reuniões sempre que necessário.

Compete aos membros da Comissão:

Comparecer a reuniões convocadas;

Cumprir calendários e cronogramas;

Realizar levantamentos de informações em literatura científica conceituada e estudar os assuntos que estão sendo discutidos na Comissão;

Aprovar ou reprovar pareceres apresentados à Comissão.

Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da Comissão serão definidas mediante voto da maioria simples (50% +1), do total de seus membros presentes. No caso de empate, caberá ao presidente da Comissão a decisão final.

As reuniões da Comissão serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo de um agente administrativo, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

Nas situações em que os membros da Comissão julgarem necessárias serão consultados especialistas, a serem escolhidos de acordo com a natureza do fato gerador, podendo ser representantes de outras unidades de saúde, vedada a participação de pessoas com possíveis interesses comerciais.

A solicitação de inclusão ou alteração de produtos farmacêuticos na padronização de medicamentos deverá ser acompanhada preferencialmente de justificativa coerente, pautada em protocolos clínicos, revisões sistemáticas da literatura e consensos oficiais.

Poderão ser aceitas submissões de produtos para a CFT sem maior rigor em caso de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde por meio de portaria específicas de seus respectivos programas.

DO CRONOGRAMA

A Comissão se reunirá mensalmente com participação de seus membros, sendo elaborado ata sobre o que foi apresentado e discutido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica regulamentada de acordo com as orientações da OMS é de fundamental importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade. Nos dias atuais a CFT passou ter papel essencial na melhoria contínua dos serviços da saúde, devido ao seu importante desempenho na mitigação dos riscos envolvidos no processo de seleção e padronização de medicamentos, avaliando desde o impacto farmacoeconômico da incorporação de novas tecnologias até a promoção do uso racional dos medicamentos. A Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Farmácia ou de Farmacologia, ou qualquer que seja a denominação, contribui para educação permanente dos profissionais envolvidos no ciclo do medicamento, conseguindo de forma objetiva uma significativa racionalização no uso do arsenal farmacoterapêutico. Consequentemente, a equipe da saúde passa a ter um referencial por meio do estabelecimento de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, propiciando o melhor acesso a farmacoterapia baseada em evidências, e estabelecendo o equilíbrio entre a demanda e os recursos, proporcionando ao paciente um atendimento com qualidade e segurança.

9.6.2.2 Proposta de Regimento Interno

Os medicamentos constituem uma das tecnologias em saúde que estão em constante inovação, trazendo a necessidade de ações concretas que qualifiquem o processo de seleção, bem como o uso seguro e racional dessas tecnologias dentro da instituição. A criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nos hospitais se dá como uma importante ferramenta de atuação neste contexto. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a CFT pode ser definida como uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional. Para tanto, realiza como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia

farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que o gestor possa tomar melhores decisões acerca dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

Esses procedimentos irão otimizar a área administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição médica.

Será indispensável para tomada de decisão ter conhecimento dos medicamentos que farão parte do rou a ser adquirido pela Instituição, respeitando a lista municipal.

Para manter a padronização e excelência no trabalho a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional ligada ao uso de medicamentos e insumos pensando na eficácia terapêutica e melhorias na saúde dos usuários, é indispensável a formação e criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Sua composição deve possuir características multiprofissional vinculados a Instituição aos quais são submetidos ao Diretor Clínico.

Deverá ser formalmente instituída por meio de documento legal e deverá elaborar seu Regimento Interno que norteará seu funcionamento.

O papel da Comissão de Farmácia e Terapêutica além de acompanhar a seleção e padronização dos medicamentos, abrange também a educação permanente da equipe multi de saúde e a promoção do uso racional de medicamentos.

Para as atribuições da Comissão:

II - O ASSESSORAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DEVERÁ:

a) Seguir a padronização instituída através do REMUME, RENAME, programas estaduais e protocolos clínicos;

b) Elaborar e atualizar o Guia Farmacoterapêutico,

c) Definir diretrizes para o uso racional dos medicamentos,

d) Elaborar normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos,

e) Avaliação do impacto econômico dos medicamentos na instituição para serem incorporados a novas tecnologias,

f) Promover e elaborar protocolos clínicos de tratamento, investigação científica, gerenciamento de riscos e farmacovigilância (queixas, reações adversas, erros de medicamentos),

g) Realizar atividades educativas,

h) Apoio as atividades de promoção ao uso racional de medicamentos,

i) Participação em atividades de educação permanente junto a equipe de saúde,

j) Elaborar e divulgar instrumentos educativos;

k) Realizar campanhas para práticas seguras do uso de medicamentos.

III - AS ATRIBUIÇÕES:

1 - Presidente da Comissão:

a) Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão,

b) Constituir Grupos Técnicos de Apoio;

c) Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

d) Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

e) Emitir pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas a medicamentos;

f) Promover a convocação das reuniões;

g) Fomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso,

h) Exercer direito do voto de desempate;

i) Designar membros executivos da Comissão para emissão de pareceres técnicos,

j) Realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;

2 - Atribuições dos Membros executivos e suplentes:

a) Zelar pelo desenvolvimento das atribuições da Comissão,

b) Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

c) Comparecer às reuniões,

d) Proferir voto ou pareceres;

e) Requerer votação de matéria em regime de urgência;

f) Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;

g) Coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio.

3 - Atribuições da Secretária:

a) Acompanhar as reuniões do Colegiado;

b) Assistir ao Presidente e aos representantes da Comissão;

c) Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da Comissão,

d) Dar encaminhamento e preparar o expediente junto as deliberações;

e) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão,

f) Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

g) Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;

h) Enviar aos representantes da Comissão, cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;

i) Lavrar e assinar as atas de reuniões;

j) Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

k) Providenciar arquivo de documentos pertinentes;

l) Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

IV - FUNCIONAMENTO:

a) As reuniões desta Comissão devem reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou solicitada pela maioria de seus membros executivos. Quando iniciar as atividades na unidade de saúde será estabelecido o local para o seu funcionamento e as reuniões deverão acontecer mensalmente.

b) As reuniões deverão seguir este roteiro:

c) Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;

d) Verificação de presença dos membros e existência de “quorum”;

e) Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;

f) Leitura e despacho do expediente;

g) Apresentação de assuntos por convida- dos externos;

h) Leitura da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação;

i) Encaminhamento das deliberações para Diretoria Clínica;

j) Organização da pauta da próxima reunião;

k) Encerramento dos trabalhos.

l) Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a

CFT, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a Ordem do Dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos.

V - DISPOSIÇÕES GERAIS

a) Todos os membros deverão assinar o termo de ausência de conflitos de interesse, onde afirmem isenção, principalmente no que se referem a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em recebimento de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

b) Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais pelo tempo necessário.

c) Os representantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica não serão remunerados.

d) Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde.

e) Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

f) O regimento entrará em vigor após aprovação da Comissão de Farmácia e Terapêutica e publicação dos membros em Diário Oficial.

Resolução 619/15 do CFF na íntegra

RESOLUÇÃO Nº 619 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2015

RESOLUÇÂO NA INTEGRA

Ementa: Dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

O Conselho Federal de Farmácia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei Federal nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, artigo 6º, alínea “g”; CONSIDERANDO que é função do Conselho Federal de Farmácia estabelecer as atribuições pertinentes à profissão farmacêutica;

CONSIDERANDO a Portaria nº 4.283 de 30 de dezembro de 2010, a qual aprova as diretrizes e estratégias para a organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS; CONSIDERANDO a Portaria Nº 35, de 14 de janeiro de 1986, do Ministério da Educação, que determina a criação de Comissão de Padronização de Medicamentos nos Hospitais de Ensino, bem como o Documento "PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS - Manual de Implantação";

CONSIDERANDO a importância da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a promoção do uso racional de medicamentos e produtos para saúde;

CONSIDERANDO que a Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas em Regimento Interno;

CONSIDERANDO a importância e a necessidade de trabalho em equipe multiprofissional; CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as competências do farmacêutico no âmbito das Comissões de Farmácia e Terapêutica, RESOLVE:

Art. 1º - Dar nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, publicada no DOU de 27/10/2006, Seção 1, página 157, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica, nos seguintes termos:

"Art. 1º - (...): I. Atuar na escolha, análise crítica e utilização de estudos científicos que fundamentem a adequada seleção de medicamentos e produtos para saúde;

II. Implantar ações visando à promoção do uso racional de medicamentos e produtos para saúde

III. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos, observando normativas do Ministério da Saúde;

IV. Estabelecer normas para prescrição, dispensação, distribuição, administração, utilização e avaliação dos medicamentos e produtos para saúde selecionados;

V. Avaliar e estabelecer critérios para prescrição e uso de medicamentos e produtos para saúde não selecionados, eventualmente prescritos;

VI. Utilizar técnicas de farmacoeconomia para a avaliação dos medicamentos e outros produtos para saúde;

VII. Acompanhar a documentação sobre reação adversa dos medicamentos selecionados, propondo critérios de segurança sempre que necessário;

VIII. Participar da definição de critérios que disciplinem a divulgação de medicamentos e produtos para saúde no ambiente hospitalar;

IX. Garantir a divulgação permanente da relação de medicamentos selecionados e dos produtos para saúde, destacando sempre as atualizações da relação promovidas pela Comissão;

X. Estimular a realização de estudos de utilização de medicamentos e a implantação de programas de farmacovigilância e tecnovigilância;

XI. Utilizar indicadores epidemiológicos como critério do processo decisório de seleção;

XII. Zelar pela adesão e cumprimento da seleção de medicamentos e produtos para saúde; XIII. Participar da elaboração do guia farmacoterapêutico.

Parágrafo único - O farmacêutico poderá ocupar as funções de membro efetivo, secretário ou presidente da Comissão e, consequentemente, suas atribuições irão variar de acordo com o cargo ocupado.

Art. 2º - O Farmacêutico deverá, se for o caso, propor a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a instituição de saúde, sendo que a Comissão deverá ter atuação constante e ininterrupta, considerando a legislação em vigor."

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Walter da Silva Jorge João
Presidente – CFF

9.6.2.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. **Janeiro**

- Planejamento anual da comissão.
- Revisão da **lista padronizada de medicamentos (LME)**.
- Alinhamento com a equipe multiprofissional sobre protocolos de prescrição.

2. **Fevereiro**
- Auditoria de uso de antibióticos e antimicrobianos.
- Relatório de consumo de medicamentos do PS e internação.

3. **Março**
- Reunião trimestral de análise de indicadores de consumo.
- Capacitação sobre uso seguro de medicamentos de alta vigilância.

4. **Abril**
- Avaliação de estoques e armazenamento em setores críticos.
- Revisão de protocolos de prescrição e dispensação.

5. **Maio**
- Campanha de conscientização sobre uso racional de medicamentos.
- Relatório parcial de não conformidades detectadas.

6. **Junho**
- Reunião semestral de avaliação.
- Estudo de perfil de consumo de medicamentos controlados.

7. **Julho**
- Capacitação sobre farmacovigilância e notificação de reações adversas.
- Auditoria em PS e UTI sobre protocolos de antibióticos.

8. **Agosto**
- Reunião de análise de indicadores do 2º semestre.
- Revisão de protocolos de profilaxia medicamentosa em cirurgias.

9. **Setembro**
- Semana de segurança do paciente com foco em **uso seguro de medicamentos**.
- Discussão multiprofissional de casos clínicos envolvendo farmacoterapia.

10. **Outubro**
- Avaliação de indicadores de custos e economicidade.
- Revisão de protocolos de administração de quimioterápicos (se aplicável).

11. **Novembro**
- Reunião de análise do 3º trimestre.
- Relatório comparativo de consumo de medicamentos do ano.

12. **Dezembro**
- Reunião final de fechamento anual.
- Elaboração do relatório anual da comissão.

- Planejamento preliminar para o próximo ano.

A comissão manterá reuniões mensais regulares, com emissão de pareceres e relatórios à gestão hospitalar. As atividades estará alinhadas à Política Nacional de Medicamentos, protocolos da ANVISA e diretrizes de segurança do paciente.

Cronograma de Reuniões Farmácia

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

9.6.3 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) como instância permanente de participação dos trabalhadores na promoção da saúde e segurança ocupacional, atuando na prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e situações de assédio no ambiente laboral, em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5), aprovada pela Portaria MTP nº 422/2021, bem como com as demais Normas Regulamentadoras aplicáveis aos serviços de saúde, em especial a NR-32.

A Comissão desenvolverá suas atividades de forma integrada ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quando constituído, e às áreas de Gestão de Pessoas, Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Qualidade, em conformidade com as diretrizes da **Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1)**, promovendo o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), a implementação e o acompanhamento do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), a identificação, avaliação e controle dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psicossociais presentes nos ambientes de trabalho, bem como a adoção de medidas

preventivas voltadas à preservação da integridade física e mental dos trabalhadores.

Sua atuação compreenderá a inspeção periódica dos ambientes laborais, investigação e acompanhamento de acidentes e incidentes, participação na elaboração e monitoramento de planos de ação, incentivo à notificação de situações de risco, promoção da cultura de prevenção, acompanhamento das condições de trabalho e desenvolvimento de ações educativas relacionadas à saúde, segurança e prevenção do assédio moral, sexual e de outras formas de violência no ambiente organizacional.

A CIPA contribuirá para o fortalecimento da cultura institucional de segurança, promovendo ações contínuas de conscientização, capacitação e melhoria dos processos de trabalho, utilizando indicadores de desempenho para monitorar a efetividade das medidas implementadas e subsidiar decisões voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores, à redução dos acidentes e ao cumprimento da legislação vigente.

9.6.3.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

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.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT é um serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, na gestão do OS tem o objetivo de introduzir as Práticas Humanizadas para a Saúde no trabalho dos colaboradores do PA, conforme aNR5 e a NR4.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também se propõe a implantar a NR°32 (Norma Regulamentadora) que define a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos

trabalhadores dos serviços de saúde, principalmente dos riscos a que esses profissionais estão expostos. "Esses profissionais manipulam instrumentos cujos acidentes podem trazer riscos fatais, como a contaminação por vírus que transmitem doenças graves". A norma estabelece, por exemplo, que o funcionário seja informado dos riscos a que estão submetidos e que ao trabalhador dos serviços de saúde seja fornecido, gratuitamente, programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de oferecer capacitação continuada aos trabalhadores sobre como proceder em caso de acidentes no trabalho. A norma prevê ainda que nenhum trabalhador deve iniciar suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual.

9.6.3.2 Proposta de Regimento Interno

Do objetivo

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.

Da constituição

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.

As disposições contidas nesta NR 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. (205.002-1/ I4)

O Hospital que possuir em um mesmo município duas ou mais unidades, deverá garantir a integração das CIPA e dos designados, conforme o caso, com

o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde no trabalho.

Da organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos. (205.004-8/ I2).

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados. (205.005-6/ I4).

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos. (205.006-4/ I2).

Quando o Hospital não se enquadrar no Quadro I, o PA designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva. (205.007-2/ I2).

O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição. (205.008-0/ I2). 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. (205.009-9/ I4).

Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais no Hospital, sendo vedada a transferência para outro Hospital sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT. (205.010-2/ I4).

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. (205.011-0/ I2).

O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente. (205.012-9/ I1). Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior. (205.013-7/ I2). 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. (205.014-5/ I1). Empossados os membros da CIPA, o Hospital deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias. (205.015-3/ I2). Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, 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 Hospital. (205.016-1/ I4).

Das atribuições

A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) 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;

d) 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;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) 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;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao Hospital, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) 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;

l) 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;

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

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS. Cabe ao Hospital 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. (205.017-0/ I2)

Cabe aos empregados:

a. participar da eleição de seus representantes;

b. colaborar com a gestão da CIPA;

c. indicar à CIPA, ao SESMT e ao Hospital situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d. doenças decorrentes do trabalho.

Cabe ao Presidente da CIPA:

a. convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao Hospital e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c. manter o Hospital informado sobre os trabalhos da CIPA;

d. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e. delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Cabe ao Vice-Presidente:

a. executar atribuições que lhe forem delegadas;

b. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

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

a. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos; b. coordenar e supervisionar as atividades

da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c. delegar atribuições aos membros da CIPA;

d. promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA; constituir a comissão eleitoral. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

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

b. preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

Do funcionamento

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. (205.019-6/ I2)

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. (205.020-0/ I1).

As atas ficarão no Hospital à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT. (205.021-8/ I1) Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; (205.022-6/ I4)

b. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; (205.023-4/ I4)

c. houver solicitação expressa de uma das representações. (205.024-2/ I4)

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. 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. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa. (205.025-0/ I2)

A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida

por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos. (205.026-9/ I2)

No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. (205.027-7/ I2)

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.

Do treinamento

A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. (205.028-5/ I4). O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (205.029-3/ I4)

As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR. (205.030-7/ I4). O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; (205.031-5/ I2)

b. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;(205.032-3/ I2)

c. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes no Hospital; (205.033-1/ I2)

d. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;(205.034-0/ I2)

e. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;(205.035-8/ I2)

f. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; (205.036- 6/ I2)

g. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.(205.037-4 / I2)

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do

Hospital. (205.038-2/ I2). O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT do Hospital, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados. 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 ao Hospital escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento. (205.039-0/ I2). 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.

Do processo eleitoral

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. (205.040-4/ I4). O Hospital estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional. (205.041-2/ I2). 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.

Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pelo Hospital.(205.042- 0/ I2). O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a. 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; (205.043- 9/ I3)

b. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;(205.044-7/ I3)

c. liberdade de inscrição para todos os empregados do Hospital, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante; (205.045-5/ I3)

d. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição; (205.046-3/ I3)

e. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do

término do mandato da CIPA, quando houver; (205.047-1/ I3)

f. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados. (205.048-0/ I3)

g. voto secreto; (205.049-8/ I3)

h. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do Hospital e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral; (205.050-1/ I3)

i. faculdade de eleição por meios eletrônicos;(205.051-0/ I3)

j. guarda, pelo Hospital, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos. (205.052-8/ I3)

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. (205.053-6/ I2)

As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA. 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. Em caso de anulação o Hospital convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores. (205.054-4/ I4).

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. (205.055-2/ I4) Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados. (205.056- 0/ I4) Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no Hospital. (205.057-9/ I4). 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. (205.058-7/ I2)

9.6.3.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Cronograma de reuniões da comissão

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

SANTACASA
São Bernardo do Campo

CRONOGRAMA ANUAL

Mês	Atividades Principais
Janeiro	Planejamento anual das ações de segurança; atualização do mapa de riscos.
Fevereiro	Treinamento introdutório dos membros da CIPA; verificação de EPIs.
Março	Campanha de prevenção de acidentes no ambiente hospitalar; relatório trimestral.
Abril	Inspeção de áreas críticas (PS, UTI, CME, manutenção).
Maio	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) – planejamento.
Junho	Realização da SIPAT; palestras e treinamentos com colaboradores.
Julho	Avaliação dos resultados da SIPAT; atualização do mapa de riscos.
Agosto	Campanha de prevenção de acidentes com perfurocortantes; relatório trimestral.
Setembro	Treinamento de evacuação e primeiros socorros; inspeção de extintores e hidrantes.
Outubro	Auditoria de ergonomia nos setores administrativos e assistenciais.
Novembro	Relatório anual de acidentes; planejamento das ações de melhoria.
Dezembro	Encerramento das atividades do ano; planejamento preliminar para o próximo ciclo da CIPA.

Esse cronograma estará alinhado com o SESMT e gestão de RH para garantir integração com treinamentos obrigatórios e campanhas internas.

9.6.4 Núcleo de Segurança do Paciente

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como instância permanente, multiprofissional e estratégica, responsável pelo planejamento, coordenação, implementação, monitoramento e avaliação das ações voltadas à gestão de riscos assistenciais e à promoção da cultura de segurança, em conformidade com a Portaria MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e com a RDC ANVISA nº 36/2013, que estabelece as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

O Núcleo atuará de forma integrada aos diversos serviços assistenciais e administrativos da Unidade, promovendo a implementação do Plano de Segurança do Paciente, o gerenciamento sistemático dos riscos relacionados à assistência, a análise de incidentes e eventos adversos, o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança, bem como a elaboração e revisão de protocolos institucionais voltados à prevenção de danos e à melhoria contínua dos processos assistenciais.

Sua atuação compreenderá a implantação e o acompanhamento das metas internacionais de segurança do paciente, a promoção da notificação, investigação e análise dos incidentes assistenciais, a disseminação da cultura de aprendizado organizacional, o fortalecimento das práticas baseadas em evidências e a articulação com as demais comissões institucionais, assegurando abordagem integrada da gestão de riscos e da qualidade.

O NSP desenvolverá ações permanentes de educação continuada, auditoria, monitoramento e avaliação dos processos assistenciais, acompanhando alertas sanitários, recomendações dos órgãos reguladores e indicadores institucionais, subsidiando a tomada de decisão da gestão e contribuindo para a qualificação da assistência, redução de eventos adversos e fortalecimento da segurança do paciente em todas as etapas do cuidado.

9.6.4.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve ser instituído nos serviços de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. É um serviço de saúde compulsório (obrigatório) e a sua não estruturação constitui-se em uma infração.

Princípios e Diretrizes do NSP: se dá com melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

Deve ser composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos **um médico, um farmacêutico e um enfermeiro**. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Também é importante que seus membros conheçam bem os processos de trabalho da instituição e tenham perfil de liderança.

Também é função do NSP "promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente". Ou seja, fica a cargo do NSP o acompanhamento dos alertas sanitários para se adequar às mudanças, a divulgação de alterações ou atualizações no Plano de Segurança do Paciente aos profissionais da instituição e a notificação de incidentes e eventos adversos à Anvisa.

Como cadastrar um Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa?

Após a sua implantação, é necessário realizar cadastro do NSP no site da Agência. No processo, é preciso informar nome e CNPJ do Serviço de Saúde ou Mantenedora que está sendo cadastrada. Também é necessário informar quem será o Responsável Legal e o(s) Gestor(es) de Segurança do NSP.

Os membros da Comissão deverão se reunir mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), propor medidas para redução de sua ocorrência e deverão manter-se devidamente documentados (Atas, lista de presença e outros).

Deverão manter vínculo com demais comissões implantadas, para juntamente definirem as ações que venham qualificar o serviço e redirecionar protocolos de assistência.

Processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Deverá ser feito o diagnóstico situacional da Instituição de Saúde propondo mecanismos de ação para identificar e avaliar problemas quanto a má utilização de equipamentos, medicamentos e insumos devendo propor ações preventivas e corretivas.

O Plano de Segurança do Paciente deverá ser atualizado periodicamente sempre que houver riscos aos pacientes e utilizar sempre que possível o uso de novas tecnologias ou quando houver grande alteração na realização de procedimentos e processos.

Os indicadores deverão ser avaliados e monitorados periodicamente

Deverão ser propostas capacitações a frente dos problemas evidenciados

Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Protocolos de PSP

Alguns protocolos já estarão implantados quando do início das atividades no Pronto Atendimento.

Risco de queda de pacientes

Prevenção de úlcera por pressão (UPP) pela mudança de decúbito

Prescrição e administração de medicamentos

Prática de higienização das mãos

Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada

AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA

Idade:> 65 anos	**SIM ( ) NÃO( )**
História de queda	**SIM ( ) NÃO( )**
Requer ajuda para caminhar	**SIM ( ) NÃO( )**
Declínio cognitivo, desorientação, depressão, ansiedade,	**SIM ( ) NÃO( )**
AVC prévio, hipotensão postural, vertigem, crise convulsiva, delírio	**SIM ( ) NÃO( )**
Anemia crônica	**SIM ( ) NÃO( )**
Incontinência ou urgência miccional	**SIM ( ) NÃO( )**
Artrite ou osteoporose	**SIM ( ) NÃO( )**
Alterações metabólicas	**SIM ( ) NÃO( )**
Força motora diminuída em MMII	**SIM ( ) NÃO( )**
Comprometimento visual auditivo e de tato	**SIM ( ) NÃO( )**
Obesidade mórbida	**SIM ( ) NÃO( )**
Uso de 4 ou mais medicações **(benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina,diuréticos,laxativos,vasodilatadores,insulina,hipoglicemiates orais**	**SIM ( ) NÃO( )**
História prévia de quedas	**SIM ( ) NÃO( )**

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
CONCEITO	A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo "lavagem das mãos" foi substituído por "higienização das mãos" devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba: 1. Lavagem básica das mãos; 2. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 3. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. Tem o objetivo de: 1. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. Duração do procedimento: 40 a 60 segundos. Abrangência: Toda a equipe de saúde. Quando lavar as mãos? • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
RECURSOS	1. Sabão líquido; 2. Água corrente; 3. Papel toalha.
MÉTODO	1. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 2. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia; 4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
USO ORAL	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso	
✓ Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.	
USO TÓPICO	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso	
✓ Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.	
USO ENDOVENOSO	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso	
✓ Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.	
USO INTRAMUSCULAR	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de 18 administração e uso	
✓ Exemplo: intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h; intramuscular sem diluição: vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.	
USO SUBCUTÂNEO	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso	
✓ Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.	
USO INTRATECAL	
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso	
✓ Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal	
USO INALATÓRIO	

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.
✓ Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA PRESTADA	
CONCEITO	
✓ Consiste no envolvimento e a colaboração do paciente e família nos processos de cuidado a saúde, visando a melhorar a qualidade e segurança do paciente durante a permanência dentro do Pronto Atendimento.	
FINALIDADE	
✓ Atender a meta internacional de Segurança do Paciente através da Orientação e Participação do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. ✓ Prevenir erros relacionados a assistência ao paciente internado, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes em todos os setores do Pronto Atendimento: Emergência, Observação, Medicação e demais setores	
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
✓ Folhas de orientação aos pacientes e familiares.	
✓ Cuidado centrado no paciente ✓ Dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as escolhas dos pacientes e seus familiares, bem como, incorporar no planejamento dos cuidados, os conhecimentos, valores, crenças e origens culturais dos mesmos. ✓ Compartilhamento de informações: os profissionais de saúde devem comunicar e compartilhar as informações de forma completa e imparcial com os pacientes e seus familiares. ✓ Os pacientes e suas famílias necessitam de informação oportuna, completa e precisa, a fim de efetivamente participar no cuidado e tomada de decisão. ✓ Participação: pacientes e seus familiares devem ser incentivados e apoiados em participar do cuidado e da tomada de decisão. ✓ Colaboração: pacientes, familiares, profissionais de saúde, e líderes dos serviços de saúde devem colaborar no desenvolvimento,	

implementação e avaliação de políticas e programas, formação profissional, bem como no fornecimento de cuidado.

- ✓ Empoderamento do paciente e família: A compreensão do paciente/família sobre o seu papel;

Que o paciente/família adquira conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com sua saúde;

- ✓ Habilidades do paciente: A presença de um ambiente facilitador.
- ✓ Falha na comunicação entre profissionais e paciente/família: É necessário que os pacientes e família entendam a terminologia utilizada pelos profissionais de saúde no Pronto Atendimento, tenham habilidades de leitura, permitindo compreender o que é comunicado através da escrita;compreendem as explicações orais fornecidas pelos profissionais de saúde;entendam ou concordem ao assinar um termo de consentimento.
- ✓ Comportamentos de pacientes quando não entendem dizeres de saúde:é possível identificar quando formulários ficam incompletos ou preenchidos incorretamente; o paciente evita situações que precisam ler; o paciente não está em conformidade com as medicações de uso

ler e entender informações sobre saúde, mas também educá-lo de forma que possam compreender e exercer o seu empoderamento;

habitual; o paciente não faz perguntas; agendamentos para os testes laboratoriais, exames de imagem, ou encaminhamentos para consultas não estão programados ou são perdidos; são feitos pedidos para levar os documentos escritos para casa, para discutir com um cônjuge ou um filho; o paciente queixa-se de uma dor de cabeça ou outro problema de saúde muito grave que não permite leitura; o paciente não pode repetir a informação recebida com suas próprias palavras.

- ✓ Estratégias que podem melhorar a compreensão dos pacientes e familiares, facilitando o envolvimento e participação: Utilizar linguagem clara e simples; empregar frases curtas, simplificar as sentenças;
- ✓ Utilizar múltiplos métodos de ensino, de acordo com as necessidades do paciente ou familiar: instruções verbais, material escrito, áudio, vídeo, desenhos etc.;reforçar informações importantes, repetindo-as quantas vezes forem necessárias; avaliar cuidadosamente se o paciente ou familiar compreendeu a informação (por exemplo: peça ao pacientes para "ensinar de volta" as instruções que foram dadas).
- ✓ Educação de pacientes e familiares: garantir que os pacientes possam

- ✓ Estimular ao paciente e família quanto à: Prevenção e controle de infecção; principais infecções relacionadas à assistência à saúde; higiene das mãos; medidas de precaução padrão e específicas; tosse com etiqueta; uso seguro de medicamentos; processos assistenciais; eventos adversos; manejo de doenças crônicas.
- ✓ Estratégias de longo prazo: utilizar os meios de comunicação institucional para divulgar maneiras de garantir a segurança do paciente, tais como, prospectos, jornais, cartazes, intranet, e outros.

9.6.4.2 Proposta de Regimento Interno

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	**REGIMENTO**		**Página 719**
	REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SERGURANÇA DO PACIENTE		
	Emissão xxxx	**Data da Revisão xxxxxx**	

CAPÍTULO 1 DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

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

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

VI – Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.

VII – Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II NATUREZA E FINALIDADE

Art.3º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada à Direção do Hospital.

Art. 4º O NSP tem por finalidade assessorar a Diretoria estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Pronto Socorro, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São princípios do NSP:

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

II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;

VIII. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

IX. Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NSP:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Segurança do Paciente;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;

IV. 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;

V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;

VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas pela Instituição sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Direção quanto ao NSP:

I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;

II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;

III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;

IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a direção deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do Hospital.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria, seguindo as Diretrizes da Diretoria de Atenção à Saúde municipal:

I. Um representante da Diretoria;
II. Um médico representante da Divisão Médica (DM);
III. Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
IV. Um farmacêutico representante da Farmácia;
V. Um representante da Gerência Administrativa;
VI. Poderão ser instituídos novas categorias

Art.9º Os membros do NSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria do Hospital mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

I. Por iniciativa própria.
II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.
III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
IV. Proteção à identidade do notificador;
V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria.

Art. 13 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I. Coordenar as discussões;
II. Produzir e expedir documentos;
III. Distribuir tarefas;
IV. Conduzir os trabalhos; e
V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14 O Secretário e o seu substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 15 O mandato dos membros do NSP terá a duração de xx(xxxx) anos, podendo ser reconduzidos. Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria.

CAPÍTULO VII DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretoria do Hospital.

Art. 17 As reuniões do NSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18 O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 20 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21 As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

CAPÍTULO IX DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22 - O apoio administrativo ao NSP poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23 - São consideradas atividades administrativas:

I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NSP do Hospital usará a estrutura física a ser definida após o início das atividades para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X DAS REUNIÕES

Art. 24 - Quando as reuniões do NSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro colaborador para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25 - Quando as reuniões do NSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas ou banco de horas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26 - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NSP nas reuniões. C

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27 - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28 - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença da Diretoria.

Art. 29 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ANEXO – Conceitos Básicos e Definições adotadas:

I – Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

II – Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão.

III – Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

IV – Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

V – Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente

VI – Farmacovigilância: conjunto de atividades de detecção, registro e avaliação das reações adversas, com o objetivo de determinar a incidência, gravidade e nexo de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos.

VII – Hemovigilância: sistema de avaliação e alerta organizado com objetivo de coletar e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

VIII – Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

IX – Incidente sem lesão: Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.

X – Near miss: Incidente que não atingiu o paciente.

XI – Never events: tipo de indicador de qualidade/segurança; apenas um caso é suficiente para identificar problema e abrir investigação/análise.

XII – Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

XIII – Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a redução dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

XIV – Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer.

XV – Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

XVI – Tecnovigilância: compreende o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares) disponibilizados no mercado, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a segurança sanitária do uso desses produtos na promoção e proteção da saúde da população.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	XXX	ELABORAÇÃO DO REGIMENTO
2	XXX	ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

9.6.4.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

Comissão de Segurança Interna (Hospitalar e Patrimonial)

Constituição da Comissão

Membros Propostos:

1. Coordenador de Segurança Patrimonial (Líder da Comissão)
2. Representante da Direção Administrativa
3. Representante da Engenharia/Manutenção Predial
4. Responsável pelo Setor de Enfermagem (interface com unidades de internação e PS)
5. Responsável pelo Almoxarifado/Farmácia (controle de acesso a áreas críticas)
6. Representante do Jurídico ou Ouvidoria
7. Equipe de Vigilância Terceirizada (líder operacional)
8. Representante da Brigada de Incêndio/Segurança do Trabalho

Finalidade da Comissão

- Garantir a segurança física de colaboradores, pacientes e visitantes.
- Prevenir e gerenciar incidentes de violência, furtos, roubos ou depredações.
- Avaliar e propor melhorias em sistemas de controle de acesso, câmeras e alarmes.
- Organizar plano de contingência para ameaças internas e externas (conflitos, desastres, invasões).
- Promover ações integradas com a Segurança do Trabalho e Brigada de Incêndio.
- Elaborar protocolos de resposta a situações emergenciais (ameaça de bomba, vazamentos, agressões).

Proposta de Regimento Interno

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – A Comissão de Segurança Interna é órgão de apoio técnico-administrativo vinculado à Direção Hospitalar.

Art. 2º – Tem caráter permanente e atua na prevenção, monitoramento e resposta a incidentes que comprometam a integridade física e patrimonial da instituição.

Capítulo II – Dos Objetivos

- Avaliar vulnerabilidades de acesso e circulação.
- Monitorar incidentes de segurança e manter registros.
- Definir planos de contingência e rotinas de segurança.
- Integrar-se com órgãos de segurança pública quando necessário.

Capítulo III – Estrutura e Funcionamento

Art. 3º – A Comissão será multiprofissional, composta por representantes administrativos, técnicos e de segurança.

Art. 4º – O coordenador será designado pela Direção Administrativa.

Art. 5º – Reuniões ordinárias: bimestrais; extraordinárias: em caso de incidentes graves.

Art. 6º – Todas as reuniões deverão ser registradas em ata.

Capítulo IV – Disposições Gerais

- O regimento será revisado anualmente.
- A comissão deve encaminhar relatórios semestrais à Direção.

Cronograma

1. **Janeiro**
   - Levantamento de riscos internos e externos.
   - Atualização do plano de vigilância e rondas.
2. **Fevereiro**
   - Revisão do sistema de câmeras e alarmes.
   - Treinamento dos vigilantes terceirizados.

3. **Março**
   - Simulado de evacuação em caso de ameaça de violência ou incêndio.
   - Relatório trimestral de incidentes.
4. **Abril**
   - Auditoria de controle de acesso (pronto-socorro, áreas restritas, farmácia).
   - Ações educativas sobre segurança com colaboradores.
5. **Maio**
   - Treinamento para prevenção e contenção de conflitos no PS.
   - Avaliação dos contratos de vigilância.
6. **Junho**
   - Reunião semestral de avaliação geral.
   - Simulado de contenção de invasão ou tumulto.
7. **Julho**
   - Inspeção de rotas de fuga e iluminação de emergência.
   - Reforço da integração com Brigada de Incêndio.
8. **Agosto**
   - Treinamento de protocolos em situações de agressão a profissionais.
   - Relatório trimestral de incidentes.
9. **Setembro**
   - Revisão de protocolos de segurança em grandes fluxos (campanhas, mutirões).
   - Atualização do plano de contingência.
10. **Outubro**
    - Auditoria de segurança patrimonial (estoques, almoxarifado, farmácia).
    - Workshop de boas práticas em segurança.
11. **Novembro**
    - Reunião com representantes da Polícia Militar e Corpo de Bombeiros.
    - Relatório trimestral de incidentes.
12. **Dezembro**
    - Relatório anual consolidado de segurança.
    - Planejamento estratégico para o próximo ano.

Essa comissão irá trabalhar em sinergia com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e com o Núcleo de Segurança do Paciente, pois riscos patrimoniais também afetam a assistência.

9.6.5 Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) como instância técnico-consultiva responsável pelo planejamento, acompanhamento, monitoramento e aperfeiçoamento das ações relacionadas ao gerenciamento dos resíduos gerados na Unidade.

A Comissão atuará em conformidade com a RDC ANVISA nº 222/2018, com a Resolução CONAMA nº 358/2005, com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei Federal nº 12.305/2010) e demais normas sanitárias, ambientais e de saúde ocupacional aplicáveis, promovendo o gerenciamento seguro dos resíduos desde sua geração até a destinação final ambientalmente adequada.

Sua atuação será orientada pelos princípios da segurança do paciente, da biossegurança, da proteção à saúde dos trabalhadores, da preservação ambiental, da sustentabilidade e da melhoria contínua dos processos, contribuindo para a redução de riscos sanitários e ambientais, o cumprimento das exigências legais e a adequada execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

A Comissão desenvolverá ações de caráter preventivo, educativo e de monitoramento, promovendo a integração entre os diversos setores da Unidade, acompanhando indicadores de desempenho, identificando oportunidades de melhoria e propondo medidas voltadas ao fortalecimento das práticas de gerenciamento de resíduos e da conformidade institucional.

9.6.5.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros Propostos

1. Enfermeiro Responsável Técnico (Coordenador da Comissão)
2. Engenheiro de Segurança do Trabalho
3. Farmacêutico (responsável por resíduos de medicamentos e químicos)
4. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
5. Nutricionista (responsável por resíduos alimentares)
6. Profissional de Higienização e Coleta Interna de Resíduos
7. Representante da Gestão Ambiental/Qualidade

A composição seguirá as diretrizes da RDC ANVISA nº 222/2018 e normas ambientais vigentes.

Finalidade da CGRSS

- Elaborar, implementar e monitorar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Garantir o manejo adequado dos resíduos, da geração à disposição final, prevenindo riscos ambientais, ocupacionais e sanitários.
- Promover a segregação correta e o descarte seguro dos resíduos, assegurando conformidade legal e sustentabilidade.
- Orientar e capacitar continuamente as equipes sobre boas práticas ambientais.
- Monitorar indicadores de resíduos e propor melhorias no processo.

9.6.5.2 Proposta de Regimento Interno

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS) é um órgão técnico e consultivo vinculado à Direção Administrativa e à Gestão Ambiental do hospital.

Art. 2º – A CGRSS tem caráter permanente, devendo zelar pelo cumprimento das normas ambientais, sanitárias e de saúde ocupacional.

Capítulo II – Dos Objetivos

- Assegurar a correta segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento e destinação final dos resíduos hospitalares.
- Monitorar os impactos ambientais e ocupacionais associados ao manejo de resíduos.
- Capacitar as equipes multiprofissionais no cumprimento do PGRSS.
- Revisar periodicamente os contratos e processos de coleta externa de resíduos.

Capítulo III – Da Estrutura e Funcionamento

Art. 3º – A CGRSS será composta por membros titulares e suplentes das áreas estratégicas.

Art. 4º – O coordenador da comissão será o Enfermeiro Responsável Técnico ou outro designado pela Direção.

Art. 5º – As reuniões ocorrerão mensalmente, com atas registradas. Art. 6º – A comissão poderá convocar reuniões extraordinárias em casos de não conformidades ou emergências ambientais.

Capítulo IV – Disposições Gerais

- A participação é considerada atribuição institucional, sem remuneração adicional.
- O regimento deverá ser revisado anualmente.

9.6.5.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. **Janeiro**
   - Planejamento anual da comissão.
   - Revisão do PGRSS vigente.
2. **Fevereiro**
   - Auditoria interna de segregação e acondicionamento.
   - Relatório de não conformidades.
3. **Março**
   - Treinamento das equipes de enfermagem e higienização.
   - Reunião trimestral de análise de indicadores de resíduos.

4. **Abril**
   - Avaliação de áreas críticas (UTI, centro cirúrgico, pronto-socorro).
   - Reunião técnica multiprofissional.
5. **Maio**
   - Campanha educativa sobre descarte correto de resíduos perfurocortantes.
   - Relatório parcial de indicadores.
6. **Junho**
   - Reunião semestral de avaliação de resultados.
   - Auditoria sobre armazenamento temporário de resíduos.
7. **Julho**
   - Capacitação sobre biossegurança ocupacional e uso de EPIs.
   - Monitoramento da coleta externa e destino final.
8. **Agosto**
   - Revisão de contratos de coleta e transporte de resíduos.
   - Relatório técnico semestral.
9. **Setembro**
   - Semana de Conscientização Ambiental (ações educativas internas).
   - Reunião de avaliação do 3º trimestre.
10. **Outubro**
    - Auditoria de resíduos químicos e medicamentos vencidos.
    - Alinhamento com a farmácia hospitalar e almoxarifado.
11. **Novembro**
    - Relatório anual de conformidade e custos com gerenciamento de resíduos.
    - Proposta de melhorias para o próximo ano.
12. **Dezembro**
    - Reunião final de fechamento anual.
    - Elaboração do Relatório Anual do PGRSS.
    - Planejamento das ações do próximo ano.

A CGRSS integrará às políticas de segurança do paciente, biossegurança e sustentabilidade hospitalar, utilizando indicadores de monitoramento contínuo.

10 E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

10.1 A. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de atenção básica, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

A documentação referente comprovação de capacidade técnica encontra-se disposta no Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

10.2 B. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de urgência e emergência, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

A documentação referente comprovação de capacidade técnica encontra-se disposta no Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

11 E6 – PROPOSTA DE PLANO ORÇAMENTÁRIO E DE CUSTEIO

A documentação referente comprovação de capacidade técnica encontra-se disposta no Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

12 ANEXOS

Anexo I – PROPOSTA FINANCEIRA
Anexo II – RECURSOS HUMANOS
Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS

Anexo IV – MANUAL DE RH
Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

São Bernardo do Campo, 23 de Julho de 2026.

PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870

Assinado de forma digital por PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22 17:33:13 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS
CPF: 420.526.748-70
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Anexo I

PROPOSTA FINANCEIRA

PROPOSTA FINANCEIRA

Gerenciamento, operacionalização e execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Proponente	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CNPJ	47.708.771/0001-00
Endereço	Av. Robert Kennedy, nº 2.900, Bairro Assunção – São Bernardo do Campo
Representante legal	**Paulo André Matta Chagas**
CPF	**420.526.748-70**
Município / Órgão	Município de Ferraz de Vasconcelos / Secretaria Municipal de Saúde

- ## 1. Objeto da proposta

A presente proposta tem por objeto a apresentação da proposta financeira dos serviços contemplados no Termo de Referência para o Lote 2, abrangendo a gestão, a operacionalização e a execução integral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Ferraz de Vasconcelos.

LOTE 2 – Gerenciamento, operacionalização e execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, compreendendo a Base Centralizada, a Central de Regulação Médica e as unidades móveis vinculadas.

A proposta considera a estrutura, os quantitativos, as metas, os servidores cedidos e as demais obrigações estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e no Anexo II retificado, conforme planilhas e memórias de cálculo integrantes.

- ## 2. Estrutura e serviços contemplados na precificação

Nº	Grupo	Unidade/Serviço precificado
1	Base Centralizada	Estrutura operacional e administrativa do SAMU 192
2	Central de Regulação Médica	Regulação médica, TARM e rádio operação, com funcionamento ininterrupto
3	Unidades de Suporte Básico	02 Unidades de Suporte Básico de Vida – SBV
4	Unidade de Suporte Avançado	01 Unidade de Suporte Avançado de Vida – SAV
5	Reserva Técnica	01 Unidade Móvel de Reserva Técnica – UMRT
6	Motolâncias	02 motolâncias para intervenção rápida, com atuação em dupla
7	Educação Permanente	Núcleo de Educação de Urgência e ações do Projeto Samuzinho
8	Apoio operacional	Farmácia, almoxarifado, higienização, manutenção, abastecimento, comunicação e sistemas

- ## 3. Valor global proposto

Descrição	Valor	Valor por extenso
Valor global mensal proposto	**R$ 769.947,29**	(Setecentos e sessenta e nove mil, novecentos e quarenta e sete reais e vinte e nove centavos)
Valor global anual estimado	**R$ 9.239.367,48**	(Nove milhões, duzentos e trinta e nove mil, trezentos e sessenta e sete reais e quarenta e oito centavos)

Observação: os valores analíticos por rubrica e eixo, incluindo pessoal, equipe médica, benefícios, encargos, provisionamentos, materiais, medicamentos, combustível, manutenção da frota, locações, comunicação, sistemas, serviços de terceiros, capacitação e reserva financeira, constam das planilhas anexas, que integram esta proposta para todos os fins.

- ## 4. Planilha de Custos Detalhados por Rubricas e por Eixo

E6 - PLANILHA DE CUSTOS DETALHADOS POR RUBRICA E POR EIXO		
LOTE II - GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SAMU 192		
1 - MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS DETALHADOS POR RUBRICA E POR EIXO		
ITENS DE DESPESAS	(LOTE II - SAMU 192)	
	CUSTEIO ESTIMADO MENSAL	CUSTEIO ESTIMADO ANUAL
1. PESSOAL	***R$ 280.568,29***	***R$ 3.366.819,48***
1.1. Remuneração Bruta - CLT	R$ 191.486,80	R$ 2.297.841,60
1.2. Benefícios, Gratificações e Adicionais - CLT	R$ 35.210,98	R$ 422.531,76
1.3. Encargos Sociais - CLT	R$ 15.186,95	R$ 182.243,40
1.4. Provisionamentos Trabalhistas - CLT	R$ 38.683,56	R$ 464.202,72
1.5A. Contribuições Sindicais / Assistências	R$ 0,00	R$ 0,00
1.5B. Outras Despesas de Pessoal	R$ 0,00	R$ 0,00
2. MEDICAMENTOS / INSUMOS	***R$ 19.400,00***	***R$ 232.800,00***
2.1. Medicamentos	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
2.2. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)	R$ 11.000,00	R$ 132.000,00
2.3. Gases Medicinais	R$ 2.400,00	R$ 28.800,00
3. MATERIAIS DE CONSUMO	***R$ 6.400,00***	***R$ 76.800,00***
3.1. Materiais de Higienização e Limpeza	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
3.2. Escritório e Expediente	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
3.3. Material de Consumo (Copa / Cozinha)	R$ 1.900,00	R$ 22.800,00
3.4. Informática e Comunicação	R$ 500,00	R$ 6.000,00
3.5. Outros Materiais Diversos	R$ 0,00	R$ 0,00
4. MATERIAIS DE USO OPERACIONAL	***R$ 14.513,00***	***R$ 174.156,00***
4.1. Combustível	R$ 9.089,00	R$ 109.068,00
4.2. Uniformes	R$ 3.208,00	R$ 38.496,00
4.3. Proteção e Segurança (EPI)	R$ 2.216,00	R$ 26.592,00
4.4. Material de Manutenção Predial e Outros	R$ 0,00	R$ 0,00
5. MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS	***R$ 15.200,00***	***R$ 182.400,00***
5.1. Equipamentos Médicos	R$ 0,00	R$ 0,00
5.2. Equipamentos Odontológicos	R$ 0,00	R$ 0,00
5.3. Rede de Gases	R$ 0,00	R$ 0,00
5.4. Ar-Condicionado	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
5.5. Imóveis	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
5.6. Veículos	R$ 8.500,00	R$ 102.000,00
5.7. Tecnologia da Informação	R$ 0,00	R$ 0,00
5.8. Gerador	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
6. SEGUROS, IMPOSTOS, TAXAS E DESPESAS FINANCEIRAS	***R$ 3.650,00***	***R$ 43.800,00***
6.1. Seguros de Imóveis	R$ 0,00	R$ 0,00
6.2. Seguros de Automóveis	R$ 0,00	R$ 0,00
6.3. Seguro Patrimonial / Responsabilidade Civil	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
6.5. Tarifas Bancárias	R$ 150,00	R$ 1.800,00
6.6. Impostos / Taxas	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
7. LOCAÇÕES	***R$ 112.000,00***	***R$ 1.344.000,00***
7.1. Imóveis	R$ 0,00	R$ 0,00
7.2. Veículos Leves	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
7.3. Equipamentos de Informática	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
7.4. Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
7.5. Ambulâncias — 2 SBV + 1 SAV + 1 UMRT	R$ 99.000,00	R$ 1.188.000,00
7.6. Outras Locações — 2 Motolâncias	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00

8. SERVIÇOS PÚBLICOS E COMUNICAÇÃO	***R$ 15.400,00***	***R$ 184.800,00***
8.1. Telefonia	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
8.2. Água	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
8.3. Energia Elétrica	R$ 4.000,00	R$ 48.000,00
8.4. Internet e Dados	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
8.5. Rádio Comunicação	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
8.6. Outros (descrever) - Contingência Tecnológica	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
9. SERVIÇOS DE TERCEIROS	***R$ 279.516,00***	***R$ 3.354.192,00***
9.1. Serviços Médicos Especializados	R$ 236.100,00	R$ 2.833.200,00
9.2. Serviços Odontológicos	R$ 0,00	R$ 0,00
9.3. Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
9.4. Extintores	R$ 600,00	R$ 7.200,00
9.5. Controlador de Acesso, Segurança e Monitoramento	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
9.6. Controle de Pragas	R$ 500,00	R$ 6.000,00
9.7. Produção de Materiais Gráficos	R$ 500,00	R$ 6.000,00
9.8. Digitalização e Guarda de Documentos	R$ 800,00	R$ 9.600,00
9.9. Transporte Especializado	R$ 0,00	R$ 0,00
9.10. Limpeza Técnica	R$ 7.100,00	R$ 85.200,00
9.11. Serviços de Apoio Financeiro e Prestação de Contas	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
9.12. Serviços Contábeis e Auditoria	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
9.13. Serviços Jurídicos	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
9.14A. Serviços de Apoio em Recursos Humanos	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
9.14B. Serviços de Apoio em Gestão de Qualidade e Operacional	R$ 4.000,00	R$ 48.000,00
9.14C. Serviços de Manutenção Predial e Mobiliário	R$ 0,00	R$ 0,00
9.15. Serviços de Apoio Institucional e Comunicação	R$ 0,00	R$ 0,00
9.16. Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	R$ 996,00	R$ 11.952,00
9.17. Lavanderia e Enxoval da Base SAMU	R$ 1.920,00	R$ 23.040,00
9.18. Alimentação das Equipes	R$ 0,00	R$ 0,00
9.19. Fundo de Pequeno Valor e Despesas Administrativas Complementares	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
10. SERVIÇOS DE INFORMÁTICA	***R$ 14.000,00***	***R$ 168.000,00***
10.1. Sistema de Gestão	R$ 12.000,00	R$ 144.000,00
10.2. Software Licenciado	R$ 0,00	R$ 0,00
10.3. Aplicativos Operacionais	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
10.4. Sistema Mobile	R$ 0,00	R$ 0,00
10.5. Outros (descrever)	R$ 0,00	R$ 0,00
11. CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	***R$ 6.300,00***	***R$ 75.600,00***
11.1. Instrutores / Palestrantes	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
11.2. Materiais de Treinamento	R$ 1.300,00	R$ 15.600,00
11.3. Cursos e Eventos	R$ 0,00	R$ 0,00
11.4. Outras Despesas com Educação Permanente (detalhar)	R$ 0,00	R$ 0,00
12. RESERVA FINANCEIRA PARA AQUISIÇÃO DE BENS E OBRAS FUTURAS	***R$ 3.000,00***	***R$ 36.000,00***
12.1. Aquisição de Bens Permanentes / Mobiliário / Equipamentos	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
12.2. Reforma / Ampliação	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
TOTAL GERAL LOTE II - SAMU 192	***R$ 769.947,29***	***R$ 9.239.367,48***

4.1 Planilha de Detalhamento dos Custos por Despesa X Custo Médio do SAMU 192

2. MODELO DE PLANILHA DETALHAMENTO DOS CUSTOS POR DESPESA X CUSTO MÉDIO POR PROCEDIMENTO		
DETALHAMENTO DOS CUSTOS POR DESPESAS X CUSTO MÉDIO POR PROCEDIMENTO		
Identificador do Custo	**Valor de Referência (R$)**	**Metodologia de Cálculo**
(A) Custo Total Operacional Mensal	***R$ 769.947,29***	Somatório dos Grupos de Despesas do Item (1 ao 12)
(B) Meta Total de Produção (LOTE II - SAMU 192)	***1200***	Meta mensal consolidada de 1.200 entregas, composta por 700 atendimentos telefônicos regulados e 500 saídas de viaturas despachadas.
(C) Custo Médio por Procedimentos	***R$ 641,62***	RESULTADO DE C = (A/B)

Grupo de Despesas	Item de Despesa	Valor Mensal de Referência (R$)	
1. RECURSOS HUMANOS (CLT)	1.1 Salários e Encargos (Vencimentos, INSS, FGTS, PIS)	R$	206.673,75
	1.2 Provisões (Férias ,13º Salários, Rescisões)	R$	38.683,56
	1.3 Benefícios (Vale Transporte e Cesta Básica)	R$	35.210,98
SUBTOTAL GRUPO 1		**R$**	**280.568,29**
2. MEDICAMENTOS	2.1. Medicamentos	R$	6.000,00
SUBTOTAL GRUPO 2		**R$**	**6.000,00**
3. MATERIAIS DE CONSUMO	3.1. Higienização e Limpeza	R$	3.000,00
	3.1. Materiais de Escritório e Expediente	R$	1.000,00
	3.3. Material de Consumo (Copa / Cozinha)	R$	1.900,00
	3.4. Informática e Comunicação	R$	500,00
	3.5. Gases Medicinais	R$	2.400,00
	3.6. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontologicos)	R$	11.000,00
	3.7. Outros Materiais Diversos	R$	-
SUBTOTAL GRUPO 3		**R$**	**19.800,00**
4. MATERIAL DE USO OPERACIONAL	4.1. Combustível	R$	9.089,00
	4.2. Uniformes	R$	3.208,00
	4.3. Proteção e Segurança (EPI)	R$	2.216,00
SUBTOTAL GRUPO 4		**R$**	**14.513,00**
5. MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA	5.4. Ar Condicionado	R$	3.000,00
	5.5. Imóveis	R$	2.500,00
	5.6. Veículos	R$	8.500,00
	5.8. Gerador	R$	1.200,00
SUBTOTAL GRUPO 5		**R$**	**15.200,00**
6. SEGUROS, IMPOSTOS , TAXAS e DESPESAS FINANCEIRAS	6.3. Seguro Patrimonial RC	R$	2.000,00
	6.5. Tarifas Bancárias	R$	150,00
	6.6. Impostos/Taxas	R$	1.500,00
SUBTOTAL GRUPO 6		**R$**	**3.650,00**
7. LOCAÇÕES	7.2. Veículos Leves	R$	3.500,00
	7.3. Equipamentos de Informática	R$	3.000,00
	7.4. Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários	R$	1.500,00
	7.5. Ambulâncias	R$	99.000,00
	7.6. Outras Locações (descrever)	R$	5.000,00
SUBTOTAL GRUPO 7		**R$**	**112.000,00**
8. SERVIÇOS PUBLICOS E COMUNICAÇÃO	8.1. Telefonia	R$	3.500,00
	8.2. Água	R$	1.200,00
	8.3. Energia Elétrica	R$	4.000,00
	8.4. Internet e Dados	R$	2.000,00
	8.5. Rádio Comunicação	R$	3.500,00
	8.6. Gerador	R$	1.200,00
SUBTOTAL GRUPO 8		**R$**	**15.400,00**
9. SERVIÇOS DE TERCEIROS	9.1. Serviços Médicos Especializados	R$	236.100,00
	9.3. Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho	R$	6.000,00
	9.4. Extintores	R$	600,00
	9.5. Controlador de Acesso , Segurança e Monitoramento	R$	1.500,00
	9.6. Controle de Pragas	R$	500,00
	9.7. Produção de Materiais Gráficos	R$	500,00
	9.8. Digitalização e Guarda de Documentos	R$	800,00
	9.10. Limpeza Técnica	R$	7.100,00
	9.11 Serviços Apoio Financeiro e Prestação de Contas	R$	5.000,00
	9.12 Serviços Contabéis e Auditoria	R$	5.000,00
	9.13 Serviços Juridicos	R$	6.000,00
	9.14 Serviços Apoio em Recursos Humanos	R$	2.500,00
	9.14 Serviços Apoio em Gestão de Qualidade e Operacional	R$	4.000,00
	9.16. Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	R$	996,00
	9.17. Lavanderia e Enxoval da Base SAMU	R$	1.920,00
	9.19. Fundo de Pequeno Valor e Despesas Administrativas Complementares	R$	1.000,00
SUBTOTAL GRUPO 9		**R$**	**279.516,00**
10. SERVIÇOS DE INFORMÁTICA	10.1. Sistema de Gestão	R$	12.000,00
	10.3. Aplicativos Operacionais	R$	2.000,00
SUBTOTAL GRUPO 10		**R$**	**14.000,00**
11. CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	11.1. Instrutores / Palestrantes	R$	5.000,00
	11.2. Materiais de Treinamento	R$	1.300,00
SUBTOTAL GRUPO 11		**R$**	**6.300,00**
12. RESERVA FINANCEIRA P/ AQUISIÇÃO DE BENS E OBRAS FUTURAS	12.1 Reserva Financeira p/ Aquisição de Bens e Obras Futuras	R$	3.000,00
SUBTOTAL GRUPO 12		**R$**	**3.000,00**
TOTAL GERAL		***R$***	***769.947,29***

4.2 Planilha de Detalhamento dos Custos por Produção, Metas e Capacidade do SAMU 192

DETALHAMENTO DOS CUSTOS POR PROCEDIMENTOS X METAS - SAMU - LOTE 2

CUSTO MENSAL INTEGRAL	META MENSAL	CUSTO MÉDIO NA META	CUSTO MÉDIO NA CAPACIDADE
R$ 769.947,29	1.200	R$ 641,62	R$ 493,56

1. FORMAÇÃO DO CUSTO MENSAL

MACROCOMPONENTE E VINCULAÇÃO	CUSTO MENSAL	CUSTO POR META	CUSTO POR CAPACIDADE
Pessoal contratado pela OSS | item 1	R$ 280.568,29	R$ 233,81	R$ 179,85
Corpo médico | item 9.1	R$ 236.100,00	R$ 196,75	R$ 151,35
Insumos e materiais operacionais | itens 2, 3 e 4	R$ 40.313,00	R$ 33,59	R$ 25,84
Infraestrutura, locações e utilidades | itens 5 a 8	R$ 146.250,00	R$ 121,88	R$ 93,75
Apoio, tecnologia, capacitação e reserva | saldo dos itens 9 a 12	R$ 66.716,00	R$ 55,60	R$ 42,77
TOTAL DO CUSTEIO	**R$ 769.947,29**	**R$ 641,62**	**R$ 493,56**

2. META E CAPACIDADE DE REFERÊNCIA

LINHA DE ENTREGA E UNIDADE	META MENSAL	CAPACIDADE MENSAL	PARTICIPAÇÃO
Atendimento telefônico regulado | atendimento/mês	700	910	58,33%
Saída de viatura despachada | saída/mês	500	650	41,67%
TOTAL CONSOLIDADO	**1.200**	**1.560**	**100,00%**

3. APROPRIAÇÃO GERENCIAL POR LINHA DE ENTREGA

LINHA DE ENTREGA	CUSTO MENSAL APROPRIADO	CUSTO UNITÁRIO NA META	CUSTO UNITÁRIO NA CAPACIDADE
Atendimento telefônico regulado	R$ 449.135,92	R$ 641,62	R$ 493,56
Saída de viatura despachada	R$ 320.811,37	R$ 641,62	R$ 493,56
RESULTADO CONSOLIDADO	**R$ 769.947,29**	**R$ 641,62**	**R$ 493,56**

Critério de produção e custeio

Para a demonstração do custo médio, a produção do SAMU 192 é apresentada de forma rastreável, com identificação separada dos atendimentos telefônicos regulados e das saídas de viaturas. O custo mensal permanece vinculado à manutenção integral e ininterrupta da estrutura assistencial, regulatória e operacional, não se limitando à multiplicação direta de procedimentos.

4.3 Composição, dimensionamento e remuneração das equipes

O dimensionamento considera a composição mínima indicada no Termo de Referência, os profissionais cedidos pelo Município e o saldo de contratação atribuído à Organização Social. Para médico regulador e médico interventor, a memória deverá demonstrar a cobertura ininterrupta de 60 plantões mensais por modalidade, somando os plantões assumidos pela OSS à cobertura dos profissionais cedidos.

A equipe contempla as funções de coordenação geral, coordenação médica e de enfermagem, responsáveis técnicos, supervisão de frota, educação permanente, enfermagem assistencial e de motolância, técnicos de enfermagem, condutores de veículos de urgência, TARM, rádio operadores, assistência administrativa, serviços gerais e farmacêutico, observadas as jornadas, adicionais, benefícios, encargos, provisionamentos e normas coletivas aplicáveis.

4.4 Estrutura operacional, frota e sistemas

A precificação contempla a Central de Regulação Médica em funcionamento durante 24 horas, as estações de trabalho, telefonia, radiocomunicação, gravação digital, sistema informatizado de gestão, geolocalização das unidades móveis, manutenção e abastecimento da frota, bem como a operação de duas SBV, uma SAV, uma UMRT e duas motolâncias.

4.5 Metas e indicadores do Lote 2

A proposta financeira assegura os meios necessários ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas do SAMU 192, incluindo 700 atendimentos telefônicos regulados por mês, 500 saídas mensais de viaturas, tempos de resposta por classificação de risco, ações de educação permanente, Projeto Samuzinho, relatórios assistenciais e manutenção dos responsáveis técnicos registrados no COREN, no CRF e no CRM.

- **5. Declaração da proponente**

A presente Proposta Econômico-Financeira foi elaborada com base nas premissas, quantitativos, metas assistenciais e requisitos operacionais estabelecidos no Edital e seus anexos, sendo acompanhada das respectivas memórias de cálculo que demonstram, de forma detalhada e transparente, a metodologia empregada na composição dos custos.

As memórias de cálculo apresentam a estratificação de cada grupo de despesa, contemplando os critérios utilizados para o dimensionamento dos recursos humanos, insumos, materiais de consumo, medicamentos, serviços terceirizados, locações, manutenção, utilidades, encargos, tributos e demais custos operacionais necessários à execução do objeto contratual. Para cada rubrica foram considerados os quantitativos estimados, a frequência de utilização, os parâmetros operacionais, os índices de produtividade, as metas assistenciais e os valores de mercado obtidos por meio de pesquisas de preços, contratos de referência, atas de registro de preços, tabelas oficiais e demais fontes idôneas.

A metodologia adotada buscou assegurar a rastreabilidade de todos os valores apresentados, permitindo a verificação da formação dos custos unitários e totais, bem como sua compatibilidade com as obrigações previstas no Edital. Dessa forma, a composição financeira reflete uma estimativa técnica fundamentada em critérios objetivos, observando os princípios da economicidade, exequibilidade, eficiência, transparência e equilíbrio econômico-financeiro da futura contratação.

Ressalta-se que todas as premissas, critérios de dimensionamento, índices utilizados e metodologias de cálculo encontram-se devidamente

demonstrados nas memórias de cálculo, possibilitando a completa compreensão da composição dos valores apresentados e evidenciando a consistência técnica da proposta financeira.

- ## 6. Validade da proposta

Validade da proposta	90 dias, contados da data de apresentação.
Local e data	São Bernardo do Campo, 23 de julho de 2026.

- ## 7. Assinaturas

PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870

Assinado de forma digital por PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22 17:33:38 -03'00'

Responsável legal da proponente

Nome: **Paulo André Matta Chagas**

CPF: **420.526.748-70**
Cargo/Função: **PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Anexo II

RECURSOS HUMANOS

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Coord. Geral	Coord. Médico RT	Coord. Enfermagem RT	Supervisor Frota	Médico Regulador
1. Salário Base	6.180,50	0,00	7.176,92	3.659,00	0,00
2. Adicional de Insalubridade	324,20	0,00	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	520,38	0,00	600,09	318,66	0,00
5. Benefícios	547,12	0,00	547,12	569,58	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	947,08	0,00	1.362,21	579,95	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	359,72	0,00	414,81	220,28	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	10.500,00	0,00	0,00	112.800,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**8.879,00**	**10.500,00**	**10.425,35**	**5.671,67**	**112.800,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**8.879,00**	**10.500,00**	**10.425,35**	**5.671,67**	**112.800,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**106.548,00**	**126.000,00**	**125.104,20**	**68.060,04**	**1.353.600,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/40h SEMANAIS	PJ — mensal	CLT/40h SEMANAIS	CLT/40h SEMANAIS	PJ — 47 plantões/mês

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Médico Interventor	Enf. Núcleo Educação	Enfermeiro	Enf. Motolância	Aux. Enfermagem
1. Salário Base	0,00	4.319,00	3.886,36	3.886,36	0,00
2. Adicional de Insalubridade	0,00	324,20	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	561,36	561,36	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	0,00	371,46	381,75	381,75	0,00
5. Benefícios	0,00	547,12	555,94	555,94	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	0,00	676,05	694,79	694,79	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	0,00	256,77	263,89	263,89	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	112.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**112.800,00**	**6.494,60**	**6.668,29**	**6.668,29**	**0,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**1,00**	**3,00**	**9,00**	**0,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**112.800,00**	**6.494,60**	**20.004,87**	**60.014,61**	**0,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**1.353.600,00**	**77.935,20**	**240.058,44**	**720.175,32**	**0,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	PJ — 47 plantões/mês	CLT/40h SEMANAIS	CLT/12X36	CLT/12X36	CEDIDO — sem custo OSS

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Téc. Enfermagem	Condutor Urgência	TARM	Rádio Operador	Aux. Administrativo
1. Salário Base	2.720,45	2.100,00	1.900,00	1.900,00	0,00
2. Adicional de Insalubridade	324,20	324,20	324,20	324,20	0,00
3. Adicional Noturno	392,95	303,33	274,44	274,44	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	275,01	218,20	199,89	199,89	0,00
5. Benefícios	625,89	663,12	675,12	675,12	0,00
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	500,52	397,12	363,81	363,81	0,00
7. Provisão para Rescisão Contratual	190,10	150,84	138,18	138,18	0,00
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**5.029,12**	**4.156,81**	**3.875,64**	**3.875,64**	**0,00**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**6,00**	**17,00**	**8,00**	**6,00**	**0,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**30.174,72**	**70.665,77**	**31.005,12**	**23.253,84**	**0,00**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**362.096,64**	**847.989,24**	**372.061,44**	**279.046,08**	**0,00**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/12X36	CLT/12X36	CLT/12X36	CLT/12X36	CEDIDO — sem custo OSS

QUADRO 1 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	Assist. Administrativo	Aux. Serviços Gerais (12x36)	Aux. Serviços Gerais(40h)	Farmacêutico RT	Jovem Aprendiz
1. Salário Base	3.154,03	0,00	0,00	3.615,98	1.874,36
2. Adicional de Insalubridade	324,20	0,00	0,00	324,20	324,20
3. Adicional Noturno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Encargos Sociais e Trabalhistas	278,26	0,00	0,00	315,21	43,97
5. Benefícios	599,88	0,00	0,00	572,16	676,66
6. Provisão de 13º Salário, Férias e Encargos	506,43	0,00	0,00	573,70	309,85
7. Provisão para Rescisão Contratual	192,35	0,00	0,00	217,89	75,41
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Outros Custos Diretos (Justificar)	0,00	0,00	7.100,00	0,00	0,00
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R$)	**5.055,15**	**0,00**	**7.100,00**	**5.619,14**	**3.304,45**
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	**1,00**	**0,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R$)	**5.055,15**	**0,00**	**7.100,00**	**5.619,14**	**3.304,45**
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R$)	**60.661,80**	**0,00**	**85.200,00**	**67.429,68**	**39.653,40**
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO	CLT/40h SEMANAIS	CEDIDO — sem custo OSS	TERCEIRIZADO — 40h	CLT/40h SEMANAIS	APRENDIZ/30h

** O Tribunal Superior do Trabalho (TST) pacificou o entendimento de que os empregados que se enquadram nessa modalidade de risco não podem acumular o adicional de periculosidade com o adicional de insalubridade, devendo optar pelo que for mais vantajoso, conforme previsto no § 2º do artigo Art. 193, § 2 Consolidação das Leis do Trabalho e consolidado pela jurisprudência do TST.*

** Os valores das remunerações salariais estão prevendo dissídios das categorias profissionais de acordo com as respectivas datas bases.*

** A contratação de Jovem Aprendiz com jornada de 40 horas semanais (8 horas diárias) é permitida pela legislação, desde que o aprendiz tenha concluído o ensino fundamental e que as horas destinadas às atividades teóricas estejam incluídas na jornada de trabalho, conforme previsto nos arts. 428 a 433 da CLT e no Decreto nº 9.579/2018.*

** O fornecimento de lanche noturno será realizado de forma como vale alimentação..*

** Para fins de precificação, estimou-se a cobertura de até 13 plantões mensais pelos profissionais médicos cedidos, sendo previsto pela OSS o custeio de 47 plantões mensais por modalidade, assegurada a cobertura total mínima de 60 plantões.*

PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870

Assinado de forma digital por PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22 17:34:41 -03'00'

Responsável legal da proponente

Nome: **Paulo André Matta Chagas**

CPF: **420.526.748-70**

Cargo/Função: **PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Anexo III

DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS

POP - ACESSO INTRAÓSSEO

1. Fundamentação Legal e Base Técnica

- O **Ministério da Saúde** inclui o acesso intraósseo nos **Protocolos de Suporte Avançado de Vida (SAV)** do SAMU 192, como alternativa em situações onde o acesso venoso convencional não é viável
- É reconhecido como método eficaz tanto para **adultos quanto para crianças**, com vantagens sobre o acesso venoso periférico ou central, especialmente em emergência
- Conforme protocolo de contingência, na falta de médico intervencionista, poderá ser realizado pela **SIV (Suporte Intermediário de Vida).**

---

2. Indicações (Critérios de Utilização)

Utilize acesso intraósseo quando houver:

- **Dificuldade ou impossibilidade de acesso venoso rápido**, em adultos ou crianças.
- Situações críticas como:
  - Parada cardiorrespiratória
  - Choque (hipovolêmico, séptico, etc.)
  - Queimaduras graves
  - Convulsões prolongadas
  - Desidratação severa
  - Emergências em que medicamentos devem ser administrados com urgência

---

3. Vantagens e Limitações

Vantagens:

- **Rápido estabelecimento de acesso circulatório**
- Pode ser usado para administração de medicamentos, fluidos, sangue ou hemocomponentes, e coleta de amostras laboratoriais (gases, bioquímicas)
- Eficaz em adultos e pediatria, com vantagens sobre vias central e periférica

Limitação principal:

- **Tempo máximo de manutenção** recomendado: até **24 horas**

4. Critérios por Faixa Etária

- **Adultos:**
  - Acesso IO indicado quando punção venosa periférica ou central falha.
  - Utilizado em **parada cardiorrespiratória, choque, queimaduras, convulsões persistentes**.
- **Crianças:**
  - Mesmas indicações (acesso venoso difícil, emergência).
  - Técnica segura em diferentes sítios (tíbia proximal, fêmur distal, úmero proximal)
  - Uso temporário até 24 horas.

Locais de Acesso Intraósseo:

- **Tíbia Proximal:** Local mais comum em crianças, abaixo da tuberosidade tibial, na face anteromedial.
- **Tíbia Distal:** Em adultos e crianças, acima do maléolo medial.
- **Fêmur Distal:** Em crianças e lactentes, proximal à patela.
- **Úmero Proximal:** Em adultos e crianças mais velhas, próximo à cabeça do úmero.
- **Esterno:** Em adultos, especialmente útil em situações de emergência, como parada cardíaca.
- **Outros locais:** Crista ilíaca, calcâneo e rádio distal também podem ser utilizados em certas situações.

5. Protocolo Operacional

1. **Diagnóstico da necessidade**:
   - Tentativa de acesso venoso falha ou urgente.
   - Emergência com necessidade de acesso imediato.
2. **Seleção do sítio anatômico adequado** por faixa etária (ex: Tíbia proximal).
3. **Preparo e antissepsia** do local.
4. **Inserção do dispositivo IO**, conforme treinamento (bisturi ou sistema kit específico).
5. **Confirmação de posicionamento** (refluxo de medula, infusão livre e sem extravasamento).
6. **Administração de medicamentos e fluidos** via IO conforme SAV.
7. **Coleta de amostras**, se necessário.
8. **Monitoramento do local e paciente**, inclusive dor ou sinais de extravasamento.

9. **Remoção do acesso após 24h ou quando acesso venoso ou central for obtido**.
10. **Drogas não utilizadas por essa via**: citotóxicas.
11. **Não recomendado**: Pacientes com Osteogêneses imperfeita. (ex: Ossos de vidro).

---

6. Considerações Locais: SAMU Ferraz de Vasconcelos

- Garantir **capacitação periódica** das equipes em assistência infantil e uso da técnica IO.
- Registrar adequadamente o procedimento, via tablet.

Coordenação Geral: Stephani Oliveira Frazão Martins

Coordenação Médica: Kaio Hercules Costa Pinto

Coordenação de Enfermagem: Gabriela Lissa de Souza

Coordenação NEP: Nelito de Oliveira Filho

Este documento tem validade de 01 ano a partir da data de elaboração ou última revisão.

Versão: 01 Data de Emissão: 05/08/2025

Atendimento de Demanda Espontânea na Base do SAMU Ferraz de Vasconcelos

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para o atendimento seguro, ético e eficaz de vítimas que se apresentem **espontaneamente** na base do SAMU Ferraz de Vasconcelos, garantindo assistência adequada conforme as normativas vigentes da **Portaria GM/MS nº 2048/2002**, **Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017)** e **Resoluções do CFM sobre regulação médica**.

---

2. Definição

Demanda Espontânea: Refere-se a todo indivíduo que chega por meios próprios (a pé, veículo particular, terceiros ou outros) até a base física do SAMU em busca de atendimento, **sem acionamento prévio pelo número 192**.

---

3. Público-alvo

Todos os profissionais de saúde da base do SAMU Ferraz de Vasconcelos, incluindo:

- Técnicos e auxiliares de enfermagem
- Enfermeiros
- Médicos reguladores e intervencionistas
- Condutores socorristas
- Radiooperadores

---

4. Fluxo de Atendimento

1. **Acolhimento Inicial:**

- Todo usuário que adentrar na base será prontamente acolhido e avaliado por um **colaborador disponível**, respeitando os princípios da **humanização e do Código de Ética da Enfermagem**.
- Realizar a **triagem primária (ABCDE) ou (XABCDE)** e coleta de sinais vitais.

2. **Acionamento do Médico e/ou Enfermeiro de Plantão:**
   - Informar imediatamente o profissional de **nível superior de saúde (enfermeiro ou médico)** presente na base.
   - O atendimento **não requer ligação ao 192**, pois o paciente já está na unidade.
3. **Registro e Classificação:**
   - Registrar a ocorrência no **sistema de regulação médica** ou formulário próprio conforme normas internas.
   - Classificar a gravidade da situação conforme protocolos clínicos e critérios do **Protocolo Manchester ou fluxograma do SAMU**.
4. **Condução Assistencial:**
   - A conduta médica será definida pelo **médico regulador presente** ou, na ausência, pelo médico intervencionista.
   - Em caso de necessidade de transporte, o **despacho da viatura (USB ou USA)** ocorrerá apenas **após a avaliação e autorização médica**, conforme critérios da regulação.
5. **Documentação:**
   - Toda a assistência deverá ser **registrada** em prontuário, ficha de atendimento e/ou sistema eletrônico conforme **Resolução CFM nº 1.638/2002** e **Resolução COFEN nº 564/2017**.
   - Garantir a **continuidade do cuidado** caso haja necessidade de remoção para unidade de referência.

---

5. Responsabilidades

- **Profissionais de Enfermagem:** Atuar conforme o **DECRETO 94.406/1987** e **Resoluções COFEN**, realizando acolhimento, avaliação inicial e assistência até definição médica.
- **Médico Regulador/Intervencionista:** Realizar avaliação clínica, definição de conduta e despacho de recursos se necessário.
- **Condutor Socorrista:** Apoiar na logística do deslocamento, se acionado.
- **Radiooperador/TARMs:** Apoiar registro no sistema de regulação, se necessário.

---

6. Referências Legais e Técnicas

- Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002.**

- Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017 – Código de Ética da Enfermagem.**
- Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.077/2014 – Regulação Médica.**
- Resolução CFM nº 1.638/2002 – Prontuário Médico.
- Decreto nº 94.406/1987 – Regulamenta a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.
- Diretrizes de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – Ministério da Saúde, 2022.

---

7. Observações Finais

- O não atendimento de demanda espontânea em unidades de saúde pública configura **omissão de socorro** (Art. 135 – Código Penal).
- A assistência inicial deve ser garantida **mesmo quando a vítima não possua documentos ou comprovação de vínculo com serviços de saúde.**
- Casos recorrentes serão avaliados junto à **coordenação do SAMU e Secretaria Municipal de Saúde**, para planejamento estratégico.

Revisão: 01 **Data de Emissão:** 05/08/2025

Nome	Cargo
Elaborador: Coordenador do Núcleo de Educação Permanente (NEP) Coordenadora de Enfermagem Coordenação Geral Coordenador Médico	 Nelito de Oliveira Filho Gabriela Lissa Stephani Oliveira Frazão Martins Kaio Hercules Costa Pinto
Revisor:	
Aprovador:	

Descrição do Histórico de Alterações			
Data da revisão	**Responsável**	**Item modificado**	**Versão**

PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO

PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO

Justificativa

A via aérea é a prioridade absoluta no atendimento ao paciente traumatizado (ATLS, 2020). A manutenção de uma via aérea patente previne hipóxia, diminui risco de lesão neurológica e melhora sobrevida. Um protocolo padronizado segundo ATLS garante:
Avaliação sistemática da via aérea;
Reconhecimento precoce de situações de via aérea difícil;
Sequência rápida e segura de intubação (RSI);
Uso de dispositivos supraglóticos em situações de falha na intubação.

Objetivos

Garantir segurança e eficiência na intubação de pacientes críticos;
Padronizar manejo de via aérea difícil;
Treinar médicos e enfermeiros conforme ATLS;
Reduzir complicações relacionadas à intubação.

Introdução

A intubação orotraqueal é um procedimento crítico utilizado para garantir a permeabilidade das vias aéreas e assegurar ventilação adequada em situações de urgência, emergência ou durante anestesia geral. Por envolver etapas complexas e riscos significativos, como hipóxia, trauma de vias aéreas e falhas na ventilação, sua execução deve seguir diretrizes padronizadas que priorizem segurança, eficiência e tomada de decisão baseada em evidências.
Este protocolo tem como objetivo orientar profissionais de saúde na realização da intubação de forma sistematizada, oferecendo critérios de indicação, preparo adequado do ambiente e da equipe, etapas práticas do procedimento, além de medidas para manejo de vias aéreas difíceis e complicações potenciais. Ao padronizar condutas, busca-se reduzir variações na prática clínica e elevar a qualidade do atendimento ao paciente.

Dispositivos Supraglóticos

Indicações específicas:
Falha na intubação endotraqueal após 2–3 tentativas, quando a ventilação com máscara é inadequada;
Ventilação insuficiente com máscara facial (ex.: trauma facial, obstrução por secreção ou edema);
Ponte para intubação definitiva, permitindo oxigenação até estabilização do paciente ou até que um operador mais experiente realize novo intento;
Pacientes em emergência, quando a intubação endotraqueal não é imediatamente possível, mas a ventilação deve ser mantida.

Tipos de dispositivos supraglóticos recomendados pelo ATLS:
Mascara Laringea convencional;
LMA ProSeal ou Supreme (quando disponível, pois permitem ventilação com menor risco de aspiração);
Dispositivos de via aérea descartáveis ou reutilizáveis compatíveis com o peso do paciente e tamanho adequado do dispositivo.

Posicionamento correto:
Inserir seguindo a curvatura anatômica do palato, até resistência do anel epiglótico ou marca de profundidade;
Observar a vedação adequada através de:
Expansão torácica simétrica durante ventilação manual;
Ausculta bilateral dos campos pulmonares;
Observação de ausência de ruídos de vazamento ou regurgitação.

Manutenção da via supraglótica:
Manter dispositivo até que seja possível novo intento de intubação ou estabilização hemodinâmica do paciente;
Reavaliar continuamente saturação e ventilação;
Preparar equipe e equipamentos para transição imediata para intubação endotraqueal ou cricotireoidostomia se necessário;
Registrar tipo de dispositivo, tamanho, tempo de uso e eficácia da ventilação

Avaliação da Via Aérea

Segundo ATLS, toda avaliação inicia pelo ABCDE

A – Airway (Via Aérea): verificar se a via aérea está patente e identificar sinais de obstrução.
Sinais de alerta de via aérea difícil: trauma facial, inchaço, hemorragia, corpo estranho, suspeita de instabilidade cervical.
Manobras iniciais: inclinação da cabeça e elevação do queixo (head tilt–chin lift), ou tração mandibular se suspeita de trauma cervical.
Uso de dispositivos auxiliares: sucção, cânula orofaríngea.

Sequência Rápida de Intubação (RSI)

Pré-oxigenação: 100% O_2, máscara facial por 3–5 minutos.
Preparação: aspirador e equipamento de intubação prontos; monitorização contínua de saturação, pressão arterial e frequência cardíaca.
Medicação: escolha do sedativo e bloqueador neuromuscular (ATLS recomenda considerar estabilidade hemodinâmica; etomidato é o preferido em trauma).
Intubação endotraqueal: laringoscopia direta; uso de vídeo-laringoscopia se disponível.
Confirmação da intubação:
Capnografia (padrão ouro);
Observação de expansão torácica;
Ausculta bilateral dos pulmões;
Fixação do tubo com fita ou dispositivo apropriado.
Limite de tentativas: não mais que 2–3 tentativas antes de considerar dispositivo alternativo

Manejo da Via Aérea Difícil

ATLS recomenda um escalonamento padronizado em pacientes traumáticos:
Tentativa inicial: laringoscopia direta com tubo endotraqueal.
Tentativa secundária: ajuste do operador, lâmina ou tamanho do tubo.
Ventilação temporária: máscara com reservatório se intubação falhar.
Dispositivo supraglótico: LMA ou equivalente para ventilação temporária até novo intento.
Acesso cirúrgico emergencial: cricotireoidostomia se ventilação não for possível (CICO – cannot intubate, cannot oxygenate).
Observações ATLS:
Cada tentativa não deve exceder 30–45 segundos;
Pré-oxigenar entre tentativas;
Garantir presença de equipe treinada e equipamento de emergência.

Referência Bibliográfica

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2020.

PROTOCOLO DE ACLS

Objetivos do Protocolo

Garantir a aplicação padronizada do atendimento a adultos em parada cardiorrespiratória (PCR) e emergências cardiovasculares.
Otimizar a sobrevivência com boa função neurológica.
Estruturar processos assistenciais desde o reconhecimento precoce da PCR, manobras básicas, suporte avançado e cuidados pós-PCR.

Reconhecimento e Ação Inicial

Identificar parada cardiorrespiratória (PCR): ausência de resposta, respiração anormal ou ausência de pulso central.
Ativar equipe de resposta rápida / código azul.
Iniciar RCP de alta qualidade imediatamente:
Compressões torácicas: ≥ 5 cm profundidade, frequência 100–120/min.
Relação compressão–ventilação: 30:2 (sem via aérea avançada).
Minimizar interrupções (< 10 seg).

Ritmo Chocável (FV / TV sem pulso)

Desfibrilação imediata (bifásica 120–200 J ou monofásica 360 J).
Retomar RCP imediatamente após choque, por 2 minutos.
Adrenalina 1 mg IV/IO a cada 3–5 min (após 2º ciclo).
Amiodarona 300 mg IV bolus (dose adicional de 150 mg se recorrente).
Alternativa: Lidocaína 1–1,5 mg/kg IV.
Reavaliar ritmo a cada 2 minutos.

Ritmo Não-Chocável (AESP / Assistolia)

Iniciar RCP contínua.
Adrenalina 1 mg IV/IO a cada 3–5 min (o mais precoce possível).
Reavaliar ritmo a cada 2 minutos.
Identificar e tratar causas reversíveis (Hs e Ts).
Hs: Hipóxia, Hipovolemia, Hipo/hipercalemia, Hipotermia, Acidose (H+).
Ts: Trombose coronária, Trombose pulmonar, Tamponamento cardíaco, Tóxicos, Pneumotórax hipertensivo.

INTRODUÇÃO

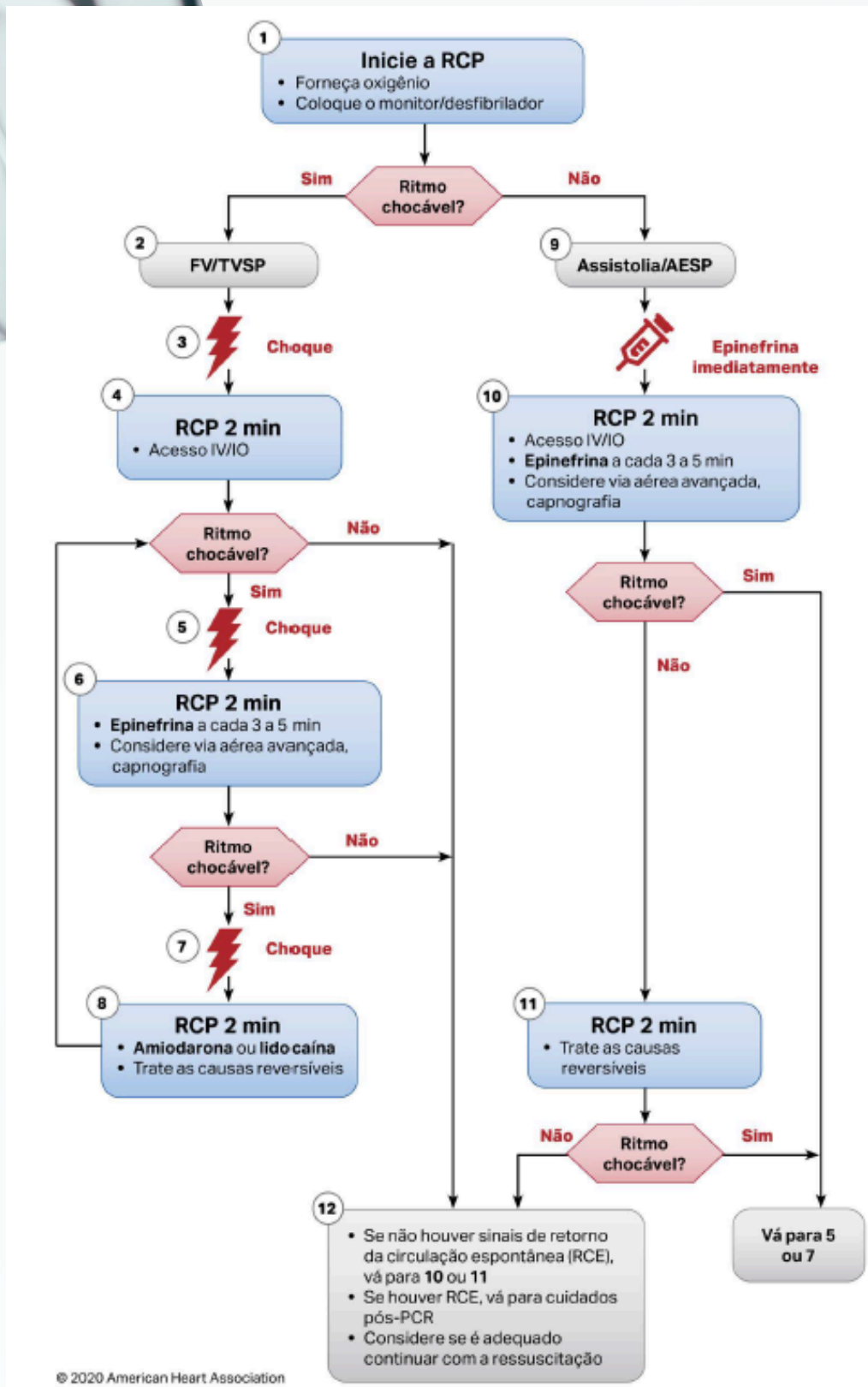
INTRODUÇÃO

O ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) fornece diretrizes baseadas em evidências para o manejo de pacientes em parada cardiorrespiratória e instabilidade hemodinâmica. Em adultos, prioriza a restauração da circulação, suporte ventilatório, monitoramento contínuo e identificação de causas reversíveis. Em gestantes, adapta-se às alterações fisiológicas da gravidez, focando na estabilização materna, proteção fetal e coordenação obstétrica. Em pediatria, ajusta-se dosagens e técnicas conforme idade e peso, enfatizando a rápida detecção de causas reversíveis e a preservação da função neurológica.

ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIIZES

Tema	Diretriz Atualizada
Compressões torácicas	Frequência 100-120/min; profundidade 5-6 cm; permitir retorno completo do tórax; minimizar interrupções.
Desfibrilação precoce	Indicação imediata em ritmos chocáveis (FV/TVSP); 200J bifásico (ou equivalente).
Ventilação	Se via aérea avançada: 10 ventilações/min (1 a cada 6s) sem interromper compressões. Sem via avançada: 30:2. Evitar hiperventilação.
Uso de drogas	Adrenalina 1 mg IV/IO a cada 3-5 min; Amiodarona 300 mg (2ª dose 150 mg) em FV/TVSP persistente; Lidocaína como alternativa.
Capnografia	$EtCO_2$ < 10 mmHg sugere compressão ineficaz ou baixo prognóstico; $EtCO_2$ > 40 mmHg sugere possível retorno da circulação espontânea (RCE).
Identificação de causas reversíveis	5H's (Hipovolemia, Hipóxia, Acidose, Hipo/Hipercalemia, Hipotermia) e 5T's (Tamponamento, Tensão pneumotórax, Trombose pulmonar, Trombose coronária, Toxinas).

Algorítimo em Adultos



Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
  - Se $PETCO_2$ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

- **Bifásica**: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica**: 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg
  ou
  Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

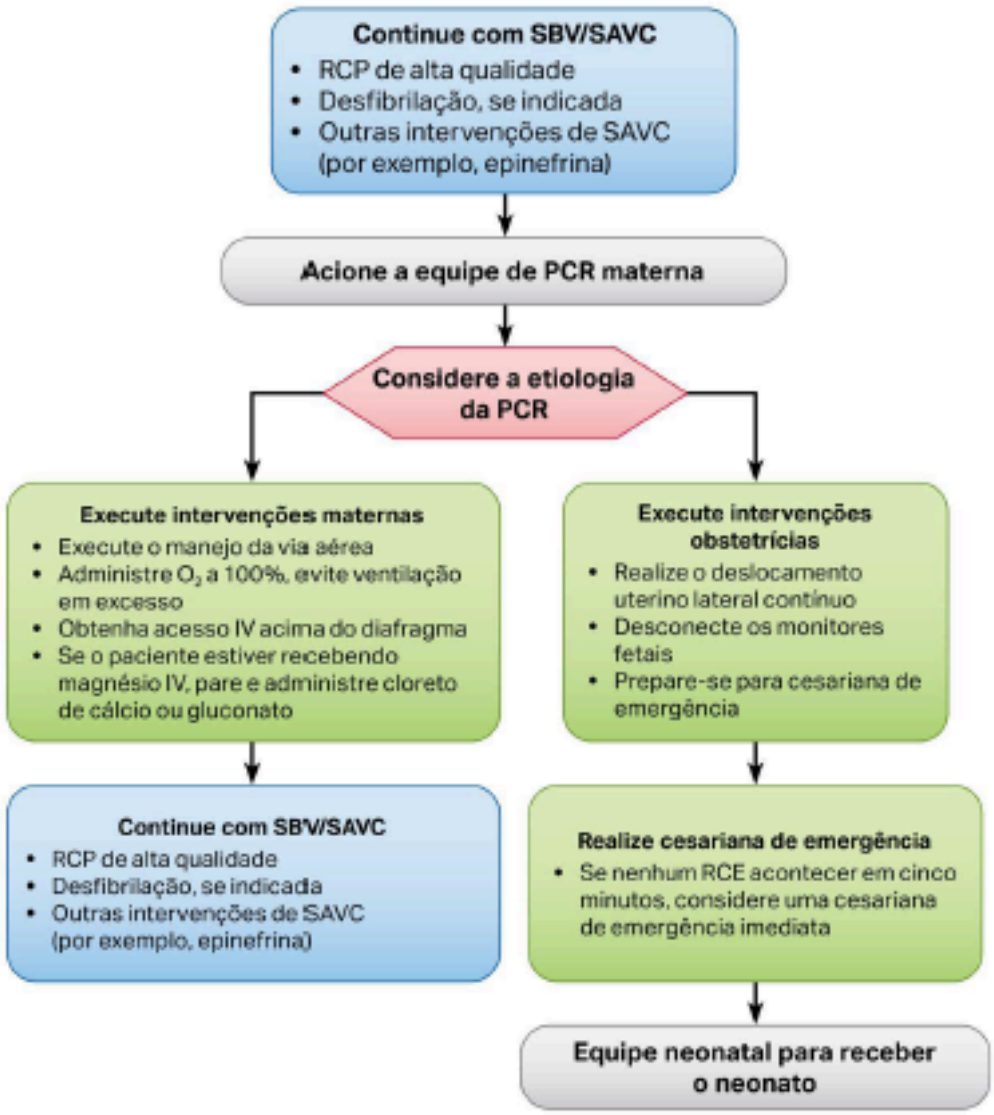
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na $PETCO_2$ (tipicamente, ≥40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas reversíveis

- **H**ipovolemia
- **H**ipóxia
- **H**idrogênio (acidemia)
- **H**ipo/hipercalemia
- **H**ipotermia
- **T**ensão do tórax por pneumotórax
- **T**amponamento, cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombose coronária
- **T**rombose pulmonar

Algorítimo em Gestantes



© 2020 American Heart Association

PCR materna

- O planejamento da equipe deve ser feito em colaboração com os serviços de obstetrícia, de neonatologia, de emergência, de anestesiologia, de terapia intensiva e de PCR.
- As prioridades para mulheres grávidas em PCR devem incluir a administração de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocaval com deslocamento uterino lateral.
- O objetivo da cesariana de emergência é melhorar os resultados para a mãe e para o feto.
- Idealmente, realize a cesariana de emergência em 5 minutos, dependendo dos recursos e dos conjuntos de habilidades do profissional.

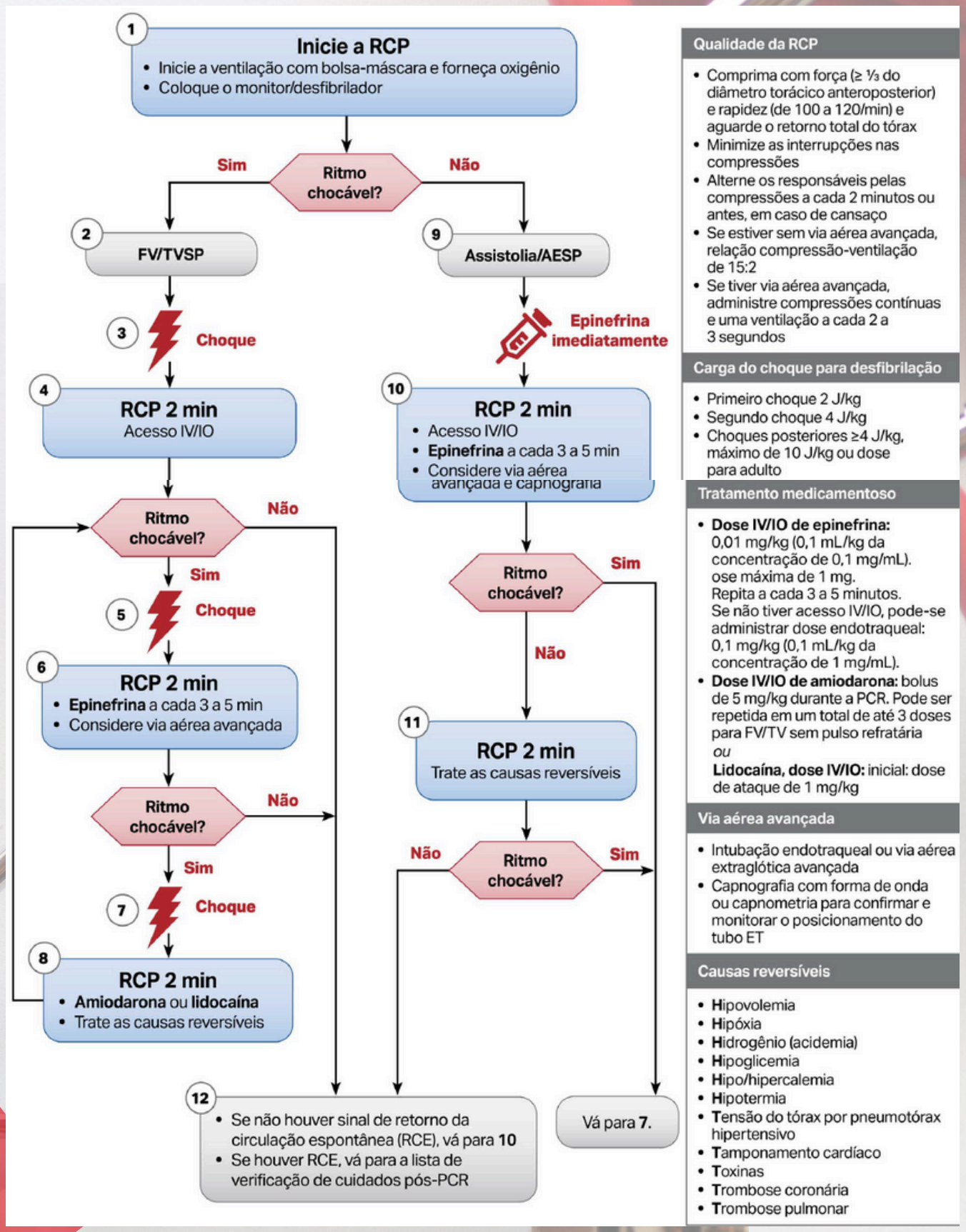
Via aérea avançada

- Na gravidez, uma via aérea difícil é comum. Escolha o profissional mais experiente.
- Realize intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada.
- Realize capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- Quando houver via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

Possível etiologia de PCR materna

A Anestesia (complicações anestésicas)
B Hemorragia ("Bleeding")
C Cardiovascular
D Medicamentos ("drugs")
E Embolia
F Febre
G Causas gerais não obstétricas de PCR (Hs e Ts)
H Hipertensão

Algorítimo em Pediatria



Cuidados Pós- PCR

Cuidados Pós- PCR em Adultos

Aspecto	Detalhes
Objetivos	Preservar função neurológica e estabilizar hemodinamicamente
Cuidados Imediatos	- Avaliar ABCDE - Oxigenoterapia para manter SpO_2 92–98% - Ventilação mecânica conforme necessidade - Controle de pressão arterial e ritmo cardíaco
Monitoramento e Suporte	- Monitorização contínua de ECG - Pressão arterial invasiva ou não invasiva - Controle glicêmico - Temperatura alvo (32–36°C por 24h se indicado) - Avaliar necessidade de vasopressores ou inotrópicos
Considerações Especiais	- Avaliar causas reversíveis da PCR (infarto, arritmia, hipóxia) - Considerar coronariografia emergencial se suspeita de IAM - Sedação conforme necessidade

Cuidados Pós- PCR em Gestantes

Aspecto	Detalhes
Objetivos	Preservar vida materna e fetal, otimizar oxigenação fetal, estabilizar mãe
Cuidados Imediatos	- Posicionar em decúbito lateral esquerdo para reduzir compressão da veia cava - Oxigenoterapia e suporte ventilatório - Monitorização materna e fetal
Monitoramento e Suporte	- ECG contínuo, pressão arterial e saturação de oxigênio - Avaliar necessidade de medicamentos vasoativos compatíveis com gestação - Considerar parto de emergência se PCR não revertida rapidamente
Considerações Especiais	- Avaliar idade gestacional e viabilidade fetal - Intervenções devem priorizar a mãe - Coordenação obstétrica urgente

Cuidados Pós- PCR

Cuidados Pós- PCR em Pediatria

Aspecto	Detalhes
Objetivos	Recuperação neurológica, suporte hemodinâmico, identificação de causas reversíveis
Cuidados Imediatos	- Avaliação ABCDE adaptada à idade - Oxigenoterapia e ventilação mecânica adequadas ao peso e idade - Monitorização de glicemia e eletrólitos
Monitoramento e Suporte	- Monitorização contínua de ECG, pressão arterial, saturação e débito urin - Temperatura alvo se indicado (hipotermia terapêutica)
Considerações Especiais	- Ajuste de medicações e fluidos por peso - Causas reversíveis típicas: asfixia, sepse, choque, arritmias congênitas - Envolver equipe multidisciplinar pediátrica

SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

PROTOCOLO DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PARA PROFISSIONAIS

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um compromisso de todos. As Metas Internacionais de Segurança do Paciente foram estabelecidas para orientar práticas assistenciais que visam prevenir eventos adversos, reduzir riscos e promover uma assistência de qualidade, ética e centrada no paciente.

A aplicação destas metas depende da participação ativa e responsável de cada profissional, em todas as etapas do cuidado e em todos os setores da instituição.

2. FINALIDADE

Estabelecer diretrizes para a implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, promovendo práticas assistenciais capazes de minimizar riscos, prevenir eventos adversos e assegurar elevado padrão de qualidade na assistência prestada.

Sua aplicação fortalece a cultura de segurança, qualifica o desempenho das equipes e promove um ambiente assistencial mais seguro para pacientes, familiares e profissionais.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os setores assistenciais e administrativos envolvidos na prestação do cuidado em saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço.

As ações descritas deverão ser observadas por todos os profissionais que participam direta ou indiretamente da assistência, incluindo atividades ambulatoriais, hospitalares, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, vacinação, atendimento domiciliar e demais modalidades de cuidado.

4. FUNDAMENTOS DAS METAS INTERNACIONAIS

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente foram desenvolvidas para atuar sobre os principais fatores associados à ocorrência de incidentes durante a assistência.

Sua adoção permite estabelecer processos padronizados, reduzir a variabilidade das práticas clínicas e fortalecer mecanismos de prevenção dos riscos assistenciais.

Mais do que um conjunto de normas, as metas representam uma estratégia institucional para promover uma assistência baseada em evidências científicas, estimulando o trabalho colaborativo entre as equipes, a gestão dos riscos e a melhoria contínua dos resultados em saúde.

Cada meta contempla aspectos específicos do cuidado, porém todas atuam de forma integrada, formando um sistema de proteção destinado à redução de danos evitáveis.

5. COMPROMISSO INSTITUCIONAL

A Santa Casa de São Bernardo do Campo reafirma o compromisso com a segurança do paciente, apoiando os profissionais na implementação destas metas, oferecendo estrutura, capacitação, protocolos e monitoramento contínuo para a melhoria permanente da assistência.

SEGURANÇA DO PACIENTE: NOSSO COMPROMISSO, NOSSA RESPONSABILIDADE.
Cuidar com segurança é cuidar com excelência.

SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

PROTOCOLO DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PARA PROFISSIONAIS

META 1
GARANTIR A IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

NOME:
JOÃO DA SILVA
NASC.: 12/05/1985
PRONTUÁRIO: 123456

CONFIRA SEMPRE:
- NOME COMPLETO
- DATA DE NASCIMENTO
- PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

CONFIRMAR A IDENTIDADE EM TODAS AS ETAPAS DO CUIDADO.

META 2
FORTALECER A COMUNICAÇÃO SEGURA

- COMUNIQUE INFORMAÇÕES DE FORMA CLARA, OBJETIVA E COMPLETA.
- UTILIZE FERRAMENTAS PADRONIZADAS.
- REGISTRE E COMPARTILHE INFORMAÇÕES RELEVANTES.

BOA COMUNICAÇÃO É CUIDADO SEGURO.

META 3
PROMOVER A SEGURANÇA NO PROCESSO MEDICAMENTOSO

- PRESCREVER COM ATENÇÃO.
- DISPENSAR CORRETAMENTE.
- ADMINISTRAR COM SEGURANÇA.
- MONITORAR E ORIENTAR O PACIENTE.

MEDICAMENTO CERTO, DOSE CERTA, PACIENTE CERTO, VIA CERTA, HORA CERTA.

META 4
ASSEGURAR A REALIZAÇÃO SEGURA DOS PROCEDIMENTOS

CONFIRA, COMUNIQUE E CONFIRME ANTES DE INICIAR.

META 5
PREVENIR INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA

- HIGIENE DAS MÃOS
- USO ADEQUADO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
- LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES
- PROCESSAMENTO CORRETO DE MATERIAIS

PREVENIR INFECÇÕES É PROTEGER VIDAS.

META 6
REDUZIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

- AVALIE O RISCO DE QUEDAS.
- ADOTE MEDIDAS PREVENTIVAS INDIVIDUALIZADAS.
- ORIENTE PACIENTES E ACOMPANHANTES.
- REAVALIE PERIODICAMENTE.

AMBIENTE SEGURO, ATENÇÃO CONSTANTE, PACIENTE PROTEGIDO.

RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS
- Conhecer e aplicar este protocolo.
- Seguir os procedimentos e fluxos institucionais.
- Participar das ações de educação permanente.
- Comunicar riscos, incidentes e oportunidades de melhoria.
- Promover uma cultura de segurança com atitude ética e colaborativa.

REGISTRO E NOTIFICAÇÃO
Eventos adversos, incidentes e quase falhas devem ser notificados conforme o fluxo institucional. A notificação contribui para análise, prevenção de novas ocorrências e melhoria contínua dos processos.

SEGURANÇA DO PACIENTE É QUALIDADE EM CADA ATITUDE.
Sua prática diária faz a diferença na vida de quem cuidamos.

02

PROTOCOLO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Objetivo

Padronizar medidas de avaliação, suporte e tratamento da IRA em adultos, crianças e gestantes, assegurando diagnóstico precoce, manejo adequado, prevenção de complicações e uso racional de recursos terapêuticos.

Público-Alvo

Adultos hospitalizados em enfermaria, pronto-socorro ou UTI.
Crianças (neonatos, lactentes e pediatria geral).
Gestantes e puérperas em qualquer nível de atenção.

Avaliação Inicial

História clínica: início dos sintomas, comorbidades (DPOC, asma, cardiopatia, doenças neuromusculares).
Exame físico: FR, uso de musculatura acessória, tiragem, batimento de asa de nariz, cianose, alteração do nível de consciência.
Classificação da IRA:
Hipoxêmica: $PaO_2 < 60$ mmHg.
Hipercápnica: $PaCO_2 > 50$ mmHg.
Mista: combina ambos os mecanismos.

Diagnóstico Complementar

Gasometria arterial.
Oximetria de pulso contínua.
Radiografia ou tomografia de tórax.
Exames laboratoriais conforme suspeita etiológica.

INTRODUÇÃO

A insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma síndrome caracterizada pela incapacidade do sistema respiratório em manter níveis adequados de oxigenação e/ou ventilação, levando a hipoxemia ($PaO_2 < 60$ mmHg em ar ambiente) e/ou hipercapnia ($PaCO_2 > 50$ mmHg). Pode evoluir rapidamente para instabilidade hemodinâmica e falência de múltiplos órgãos, exigindo intervenção imediata e sistematizada.

ADULTO

Oxigenoterapia: iniciar para manter SpO_2 92–96% (88–92% em DPOC).
VNI (CPAP/BiPAP): indicada em exacerbações de DPOC, edema agudo de pulmão e hipoxemia moderada sem instabilidade hemodinâmica.
Ventilação Mecânica Invasiva (VMI): em falha de VNI, rebaixamento de consciência, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia grave ($PaO_2/FiO_2 < 100$).

PEDIATRIA

- Oxigenoterapia: iniciar se $SpO_2 < 94\%$ em ar ambiente.
- Suporte ventilatório não invasivo: CPAP ou VNI precoce em bronquiolite grave, pneumonia hipoxêmica e crises de asma refratária.
- Intubação orotraqueal: indicada em falha do suporte não invasivo, apneia, exaustão, alteração de consciência ou hipoxemia grave.
- Considerar óxido nítrico inalatório ou ECMO em centros de referência.

GESTANTE

- Oxigenoterapia precoce para manter $SpO_2 \geq 95\%$ (evitar hipóxia fetal).
- Avaliar risco materno-fetal: monitorar bem-estar fetal com cardiotocografia quando viável.
- VNI: pode ser utilizada em gestantes selecionadas, com monitorização rigorosa.
- Ventilação Mecânica Invasiva (VMI): em falha de VNI, rebaixamento de consciência, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia grave ($PaO_2/FiO_2 < 100$).
- Suporte obstétrico conjunto: avaliar risco de parto prematuro, necessidade de corticoide antenatal e decisão sobre momento do parto em casos graves.

MONITORAMENTO

Reavaliação clínica contínua (FR, SpO_2, trabalho respiratório, consciência). Gasometria arterial seriada.

Vigilância de complicações: pneumonia associada à ventilação, barotrauma, tromboembolismo venoso.

Documentação em prontuário eletrônico para rastreabilidade.

INDICADORES DE QUALIDADE

Tempo até início de oxigenoterapia em pacientes com IRA grave. Taxa de sucesso da VNI.

Mortalidade hospitalar em IRA e SDRA.

Tempo médio de ventilação mecânica invasiva.

📚 REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde – Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda. Hospital Universitário Walter Cantídio – EBSERH. Brasília, 2023.
- AMIB/SBPT. Orientações práticas em ventilação mecânica. São Paulo, 2021.
- Fan E, Brodie D, Slutsky AS. Acute Respiratory Distress Syndrome: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2018;319(7):698-710.
- Papazian L, et al. Formal guidelines: Management of acute respiratory distress syndrome. Intensive Care Med. 2019;45(6):760-779.
- ELSO Guidelines for Adult and Pediatric Respiratory Failure. Extracorporeal Life Support Organization, 2022.
- National Institutes of Health (NIH). Acute Respiratory Failure and ARDS Management Guidelines, 2022.

COMUNICADO INTERNO: FLUXO OPERACIONAL nº 06.2026

PROTOCOLO DE RECUSA DE ATENDIMENTO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA

1 CHEGADA AO LOCAL

- Informar à Central de Regulação Médica a chegada ao local, conforme rotina operacional.
- Identificar-se ao paciente e/ou responsável.
- Avaliar as condições gerais da cena e a segurança da equipe.

2 AVALIAÇÃO INICIAL

- Realizar avaliação clínica inicial do paciente.
- Verificar o nível de consciência e a capacidade de tomada de decisão.
- Identificar sinais e sintomas que possam representar risco iminente à vida ou agravamento clínico.
- Registrar os achados clínicos relevantes.

3 RECUSA: ORIENTAÇÃO AO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

- Explicar de forma clara a situação clínica identificada.
- Informar os riscos decorrentes da recusa do atendimento.
- Orientar sobre sinais de alerta e possíveis complicações.
- Orientar sobre a necessidade de novo acionamento do SAMU 192 ou procura imediata de serviço de saúde em caso de agravamento.

4 COMUNICAÇÃO COM A REGULAÇÃO MÉDICA

- Informar imediatamente o Médico Regulador sobre a intenção de recusa.
- Relatar os achados clínicos, sinais vitais, avaliação realizada e orientações prestadas.
- Seguir as determinações do Médico Regulador.
- O Médico Regulador realizará contato telefônico, por meio da Central 192, com o solicitante, paciente ou responsável para reforçar orientações, esclarecer dúvidas e informar os riscos da recusa.
- Em caso de manutenção da recusa, o Médico Regulador solicitará o nome completo do responsável, grau de parentesco e documento de identificação.
- Toda orientação realizada pelo Médico Regulador deverá ser registrada no sistema de regulação e no prontuário de atendimento.

APÓS ORIENTAÇÕES DA EQUIPE E DA REGULAÇÃO MÉDICA, O PACIENTE OU RESPONSÁVEL ACEITA O ATENDIMENTO?

SIM → Atendimento e transporte realizados normalmente. Registrar no prontuário e encerrar ocorrência conforme rotina.

NÃO →

5 FORMALIZAÇÃO DA RECUSA

- Solicitar assinatura e identificação completa do paciente ou responsável legal no Termo de Recusa, quando orientado pelo Médico Regulador.
- Na impossibilidade de assinatura, registrar em prontuário o motivo e colher assinatura de testemunha.
- Registrar que o paciente e/ou responsável recebeu orientações quanto aos riscos da recusa e declarou ciência das informações prestadas.

6 REGISTRO DA OCORRÊNCIA – REGISTRAR OBRIGATORIAMENTE

- Condições encontradas na cena
- Avaliação clínica realizada
- Orientações prestadas pela equipe
- Nome do Médico Regulador e orientações recebidas
- Assinatura do paciente, responsável ou testemunha, quando aplicável (termo físico e sistema)

7 SITUAÇÕES ESPECIAIS – A CONDUTA DEVERÁ SER DEFINIDA COM O MÉDICO REGULADOR

- **MENORES DE IDADE:** a recusa deverá ser formalizada pelo responsável legal.
- **INCAPACIDADE OU ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** não poderão recusar atendimento.
- **RISCO IMINENTE DE MORTE:** conduta definida imediatamente pelo Médico Regulador.
- **TRANSTRONOS MENTAIS, INTOXICAÇÕES OU USO DE SUBSTÂNCIAS:** avaliação conjunta com a Regulação Médica antes da aceitação da recusa.

8 ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA

- Confirmar que o paciente e/ou responsável compreendeu as orientações prestadas.
- Reforçar a necessidade de procurar assistência médica em caso de agravamento.
- Informar que poderá realizar novo contato com a Central 192 a qualquer momento.
- Finalizar a ocorrência conforme as rotinas operacionais e administrativas do serviço.

9 DISPOSIÇÕES FINAIS

Toda recusa de atendimento deverá ser considerada uma ocorrência de risco potencial, exigindo comunicsado obrigatória à Central de Regulação Médica, orientação ao paciente e/ou responsável, registro detalhado da ocorrência e adoção das medidas necessárias para garantir a segurança assistencial e o respaldo técnico-legal da equipe e da instituição.

Referência: Portaria GM/MS nº 2.048/2002

RESUMO DAS SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Menores de idade: a recusa deverá ser formalizada pelo responsável legal.
- Pacientes incapazes de expressar sua vontade ou com alteração do nível de consciência não poderão recusar atendimento.
- Pacientes com risco iminente de morte deverão ter a conduta definida imediatamente pelo Médico Regulador.
- Casos envelvendo transtornos mentais, intoxicações, uso de substâncias psicoativas ou qualquer condição que comprometa a capacidade de decisão deverão ser avaliados em conjunto com a Regulação Médica antes da aceitação da recusa.

LEGENDA

- Ações da equipe
- Comunicação com a Regulação
- Formalização e Registro
- Situações Especiais
- SIM – Aceita atendimento
- NÃO – Mantém recusa

O registro completo e fidedigno é essencial para o respaldo técnico, ético e legal da equipe e da instituição.

Anexo IV

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Sumário

1. OBJETIVO 4
2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO 4
3. REQUISITOS 4
3.1. ABERTURA DE VAGA 4
3.1.2 DIVULGAÇÃO 4
3.1.3 AVALIAÇÃO/ENTREVISTA 4
3.1.3.1 ENTREVISTA – SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS 5
3.1.4 FINALIZAÇÃO DO PROCESSO 10
4. PROCESSO DE CONTRATAÇÃO 12
4.1 DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS 12
4.2 CONTRATAÇÃO 13
4.3 INTEGRAÇÃO 13
5. JORNADA DE TRABALHO 13
5.1 ESCALAS 13
5.2 AUSÊNCIA 14
5.3 TOLERÂNCIA 14
5.4 FALTAS 14
5.5 BANCO DE HORAS 15
5.6 ABONOS MEDIANTES COMPROVANTES LEGAIS 15
5.7 AFASTAMENTO 15
5.8 INTERVALO 15
5.9 PONTO 16
6. TURNOVER E ABSENTEÍSMO 16
6.1 ABSENTEISMO 17
6.2 TURNOVER 17
7. AÇÕES DE ENDOMARKETING 17
8. FÉRIAS 18
9. BENEFICIOS 19
9.1 VALE TRANSPORTE 19
9.2 VALE REFEIÇÃO 19
9.3 VALE ALIMENTAÇÃO 19
9.4 AUXILIO CRECHE 19
9.5 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE 19
9.6 ADICIONAL NOTURNO 19
9.7 SALÁRIO FAMILIA 20
10. FOLHA DE PAGAMENTO 20
10.1 13º SALÁRIO 20
10.2 FGTS 20
10.3 RAIS 20
10.4 INSS 20
11. ESTÁGIO 21
12. QUADROS DE AVISOS 22
13. PENALIDADES 22
13.1 DEFINIÇÕES 22
13.1.1 COLABORADOR 22
13.1.2 CONFLITO DE INTERESSE 22
13.1.3 COMPORTAMENTO 22
13.1.4 MEDIDAS DISCIPLINARES 23
13.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DISCIPLINARES 23
13.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS 24
13.4 PROPORCIONALIDADE 25
14. UNIFORMES 25
15. CRACHÁ 26
16. PDI – PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL 26
17. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO 27
18. SEGURANÇA DO TRABALHO 28
18.1 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO 28

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

19. QUALIDADE DE VIDA 29
20. DESENVOLVIMENTO PESSOAL 29
20.1 PROCESSOS 30
21. EXAMES 30
21.1 ADMISSIONAL 30
21.2 PERIÓDICO 30
21.3 RETORNO 30
21.4 TROCA DE FUNÇÃO 30
21.5 DEMISSIONAL 31
22. TRANSFERÊNCIA E PROMOÇÃO 31
23. DESLIGAMENTO 31
23.1 ORGANIZAÇÃO 31
23.1.1 PELO COLABORADOR 33
23.1.2 OUTRA QUESTÃO 33
23.2 COMUNICAÇÃO AO SETOR 33
23.3 COMUNICAÇÃO AO COLABORADOR 34
23.4 HOMOLOGAÇÃO 34
24. NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS 34
25. LISTA DE PRESENÇA 35
26. PLANO SALARIAL 35
27. PLANO DE CARGOS E SALARIOS 36
27.1 ADMINISTRAÇÃO PESSOAL 36
27.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO 36
27.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE 36
27.4 SEGURANÇA DO TRABALHO 36
27.5 MEDICINA OCUPACIONAL 37
27.6 ADMISSÃO 37
27.7 REMUNERAÇÃO 37
27.8 PESQUISA SALARIAL 37
27.9 POLITICA SALARIAL 38
27.10 DESCRIÇÕES DE CARGOS 38
28. TERMO DE CONFIDENCIALIDADE 69
29. FORMULÁRIOS 69

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

1. OBJETIVO

Este manual tem por objetivo sistematizar e otimizar processos da área de Recursos Humanos, estabelecendo princípios e diretrizes de métodos eficazes e eficientes a fim de padronizar o fluxo da organização.

A política geral contida neste manual é projetada para garantir que os recursos estejam em conformidade com o plano estratégico e de desenvolvimento sendo aplicados em qualificação e aprimoramento aos colaboradores, onde os mesmos e terceiros/prestadores de serviços terão a obrigatoriedade de cumpri-los.

2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Agrupamento de metodologia projetado para atrair candidatos com potenciais, qualificados e capazes de preencher da vaga em aberto do núcleo.

3. REQUISITOS

3.1. ABERTURA DE VAGA

O recrutamento realizará a solicitação da abertura da vaga indicando sua necessidade.

3.1.1 REQUISIÇÃO DE PESSOAL

O requisitante preencherá o formulário precedendo a área de atuação, critérios necessários, método de procedimento de avaliação, descrição de atividades junto a salário e benefícios e para complementar o período do processo para aprovação da Diretoria.

3.1.2 DIVULGAÇÃO

Anuncia as vagas em sites, tendo a duração da divulgação de no mínimo, de 5 a 7 dias. Cada anúncio de vaga inclui os requisitos necessários para preenchimento da vaga, benefícios fornecidos; padrões de avaliação e jornada de trabalho. Toda documentação que compõem o processo ficará arquivado junto ao prontuário do candidato aprovado;

3.1.3 AVALIAÇÃO/ENTREVISTA

Triar os currículos e convocar os candidatos para testes técnicos, comportamentais e dinâmica de equipe podem ser usados nesta área visando medir o grau de conhecimentos e habilidades,

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

assim o requisitante coordena conforme consideram necessário, sendo assim, realizada a entrevista e posteriormente assinar a ficha de admissão com todos os dados pessoais.

3.1.3.1 ENTREVISTA – SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS

ROTEIRO:

1. Iniciar um quebra-gelo – deixe a pessoa tranquila. Fale seu nome e sua função;
2. Pergunte sobre o candidato: ―me fale sobre você...‖;
3. Lembre-se: aqui você tem a solicitação de emprego e dados. Reforce os pontos principais;
4. Por que você decidiu a se candidatar a esta vaga?;
5. Requisite sobre habilidades técnicas e cultura organizacional;
6. Questione o que o levou a escolher a profissão e suas experiências anteriores;
7. Faça perguntas do Modelo de Seleção por Competências;
8. Observar sempre no candidato: apresentação pessoal e a sua capacidade de ouvir as suas colocações durante o processo;
9. Fale de uma forma breve sobre a organização;
10. Orientação de programação finalizando do processo seletivo.

Nº	Competências	Descrição
1	Comprometimento	Dê um exemplo de situação em que você é responsável, como se fosse o dono de uma empresa, conte o que está acontecendo. Relate qualquer situação em que o excesso de trabalho teve um impacto negativo em sua vida pessoal?
2	Visão sistêmica	Descreva as circunstâncias sob qual sua visão para o futuro ajudou a atingir algum objetivo. Conte sobre situações em que você percebeu que trariam impacto negativo em um projeto específico e como você se comportou.
3	Espírito de equipe	Conte-nos sobre sua experiência de uma colaboração extra agradecida pela equipe. Relate qualquer situação em que testemunhou clientes com grosserias,

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

		rudes. O que você fez?
4	Foco em resultados	Conte sobre algum projeto em tenha sido árduo chegar a um resultado adequado. Qual foi o projeto mais intenso na qual você participou?
5	Flexibilidade e Inovação	Descreva sobre alguma situação em que houve mudanças no processo por opinião sua? Você já se deparou com situação em que tem que lidar com situações difíceis, como reagiu? Conte-o Qual mudança mais vultosa na qual você adquiriu na sua área? E qual ideia trouxe alguma modificação positiva?
6	Persistência e determinação	Conte sobre intuito que você idealizou em alcançar e acabou prescindindo e por quê? Relate de situações em que teve motivos para desistir, mas persistiu e obteve um ótimo crescimento.
7	Foco no cliente	Descreva mudanças que instituiu para melhor atender a clientes internos ou externos? Cite um exemplo na qual fidelizou o cliente. O que você fez para atingir esse resultado? Qual foi o cliente mais difícil com quem teve que lidar? O que o tornava difícil? O que você fez para contornar a situação? Conte sobre uma situação em que você reverteu uma má impressão que o cliente tinha da empresa/produto.
8	Relacionamento	Descreva alguma dificuldade de relacionamento com um líder, colega, paciente, como terminou?

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

	interpessoal	Conte sobre feedbacks positivos na qual recebeu de alguém da equipe?
9	Comunicação interpessoal	Como você passou para sua equipe a comunicação de um novo projeto?
10	Cooperação, participação e integração.	Fale sobre algum projeto em que participou fora do seu setor? Descreva situação em que tenha sentido contrariedade em se reunir na equipe de trabalho? Relate algum apoio na qual prestou como solidariedade e como foi?
11	Liderança participativa	Conte sobre feedbacks positivos na qual você recebeu? Como você administrava o fluxo de informações com a equipe? Como você administrou a comunicação interna da equipe? Como você administrou a comunicação entre equipe e clientes?
12	Liderança empreendedora	Quais os maiores investimentos que você fez na sua equipe de trabalho? O que você fazia para aumentar a produtividade da equipe? Conte como eram suas reuniões com sua equipe e qual a frequência?
13	Liderança motivadora	Conte às ações que você implementava quando sua equipe atingia a meta? Agora conte o que você iria fazer quando não atingisse a meta? Relate uma reunião de motivação na qual tenha sido realizada junto a equipe?

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

14	Liderança participativa	Conte situações na qual você multiplique para sua equipe? Como você iria agir quando fosse implantar um novo projeto?
15	Iniciativa	Em que situação você conseguiu prever e ter ações que para inibir o prejuízo? Descreva situação em que sua visão auxiliou em algum projeto?
16	Organização e planejamento	Como você gerenciava metas com sua equipe de trabalho? De que forma você influenciou sua equipe a trabalhar com planejamento? Como você agiu com pessoas desorganizadas? Como você resolveria diversos equívocos no mesmo dia? De que maneira você organiza assuntos pessoais e profissionais?
17	Tomada de decisão	Qual a decisão mais difícil e assertiva que você já tomou na sua vida? Conte como foi.
18	Gerenciamento do tempo	Como administra o seu tempo, tanto na vida profissional como pessoal? Em que situações você sentia que estava perdendo tempo? Como você treinou sua equipe a gerenciar tempo? Qual a melhor contribuição que deu para equipe eliminar desperdiçadores de tempo?
19	Criatividade	Em que momento houve uma maior demonstração de criatividade? Há algum reconhecimento em que obteve por alguma ideia criativa? Descreva situação de imprevisto na qual lidou com êxito?

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

20	Agilidade	Com que periodicidade recebia feedbacks positivos referente a comunicação, o saber ouvir? Já houve questionamento sobre falta de tempo com a equipe? Já compreendeu que algum colaborador precisava desabafar?
21	Capacidade de risco	Retrate algum cenário na qual você foi requerido por não conseguir cumprir prazos? Já ocorreu de conseguir antecipar o prazo de algum projeto?
22	Empreendedorismo	Qual o maior risco que você já correu na vida profissional? Houve alguma vez que deixou de investir por medo?
23	Investimento	Qual o seu maior investimento na carreira profissional? O que fez você melhorar os próprios resultados?
24	Disciplina	Descreva, por um exemplo, alguma norma em que tenha interferido em algum processo?
25	Equilíbrio emocional	Retrate algum cenário em que tenha perdido o controle e tido comportamentos inadequados? Em que momento difícil administrou algo sem perder o equilíbrio da s emoções?
26	Resolução de conflito	Descreva o conflito com um colega, por exemplo? Qual foi o motivo e como reagiu?
27	EPI's	Utilizava EPI's nas organizações na qual trabalhava? Se sim, quais? Para que finalidade?
28	Segurança	Se você estivesse atrasado para o trabalho, qual opção optaria: 1ª: correr e chegar no tempo correto; 2ª: andar com segurança e chegar pouco tempo atrasado.

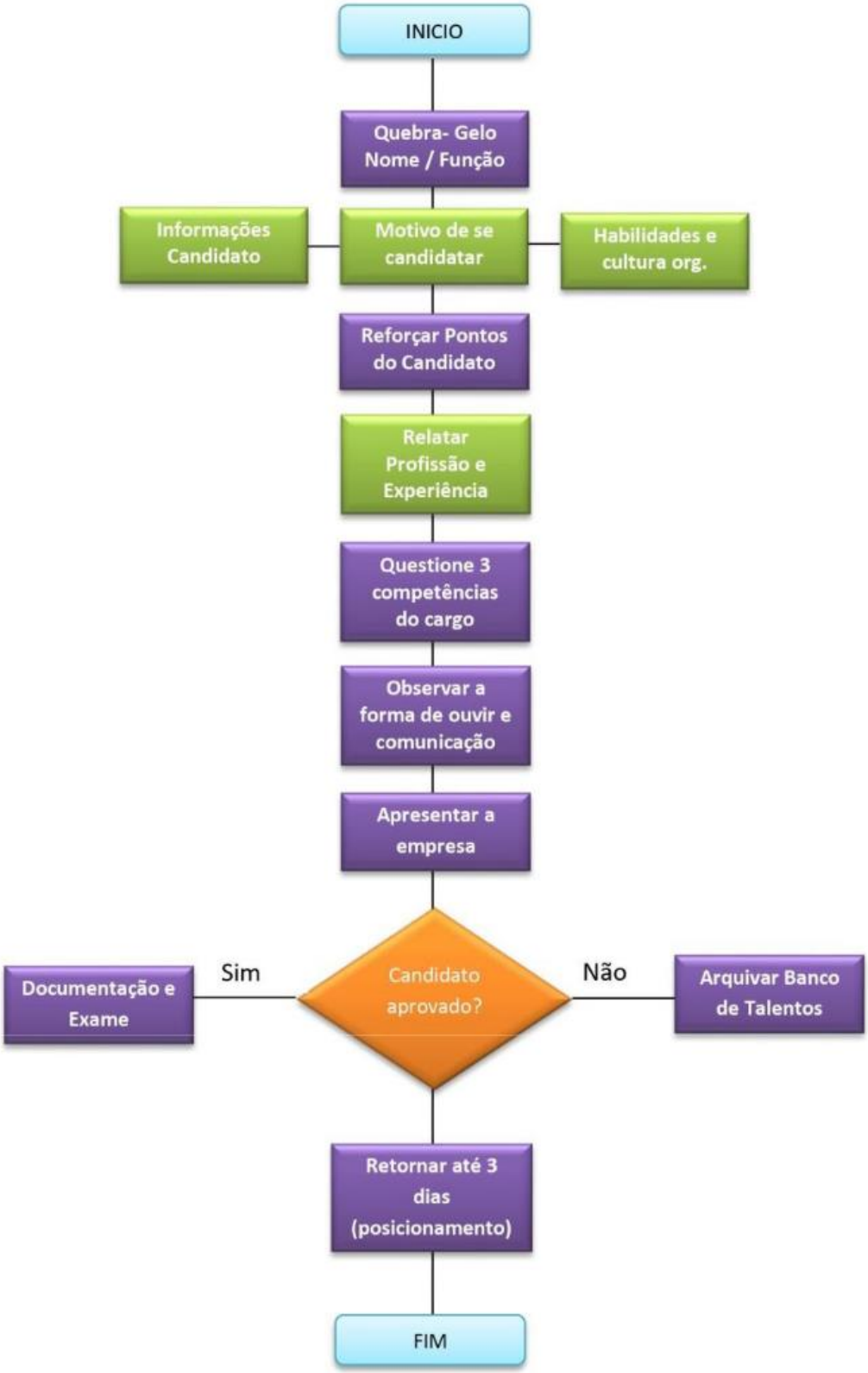
Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

PROGRAMAÇÃO	
Até 3 dias após a entrevista	CANDIDATOS APROVADOS: encaminhar e-mail/mensagem e ligação comunicando a aprovação;
	CANDIDATOS NÃO APROVADOS: encaminhar e-mail/mensagem e ligação comunicando a aprovação, além do processo ficar arquivado em nosso banco de talentos para próximas vagas.

3.1.4 FINALIZAÇÃO DO PROCESSO

Após os testes e entrevistas, o recrutador e a coordenação discutem sobre o candidato aprovado. Portanto, o mesmo é notificado para a próxima etapa do processo, e o candidato não aprovado também é informado via e-mail com agradecimento e será armazenado em nosso banco de talentos durante o período de 3 meses.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br



Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

4. PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

A área de Recursos Humanos solicitará ao candidato os documentos necessários para que seja realizada a contratação, em seguida abertura da conta corrente e exame médico admissional.

4.1 DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS

2 FOTOS 3X4 – recente;

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL;

CTPS;

CARTEIRA DE TRABALHO (qualificação civil – frente e verso);

PIS/NIS (se tiver);

C.P. F;

RG (CARTEIRA DE IDENTIDADE);

TITULO DE ELEITORAL (acompanhado do comprovante da última votação); CERTIDÃO RESERVISTA (homem);

CARTEIRA DO CONSELHO DA CATEGORIA (COREN);

COMPROVANTE DE RESIDENCIA (luz/telefone/agua);

CARTEIRA DE VACINA (em dia com todas as vacinas);

CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO;

CPF/RG CÔNJUGUE;

CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 14 ANOS;

CARTEIRA DE VACINA DOS FILHOS;

DIPLOMA OU COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (frente e verso);

CARTA DE REFERENCIA (última empresa trabalhada); CONTA –

BANCO: AGÊNCIA E CONTA;

NÚMERO DE TELEFONE.

Portanto, toda a relação de documentos exigidos pela organização será de forma digital, onde permite que o recém-contratado encaminhe via internet — sem a precisão de se deslocar até a empresa.

Esse processo possibilita o armazenamento dessas informações em nuvem. Assim, todos os dados ficam organizados em um só lugar. Sendo assim, os documentos na qual necessitam ter versão física na empresa, como atestados de saúde ocupacional (ASO) serão entregues fisicamente.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

4.2 CONTRATAÇÃO

Após a confirmação do RH referente aos documentos exigidos, segue a etapa:

- Cadastrar no Ponto Eletrônico e na Folha de Pagamento;
- Realizar o Contrato de Trabalho (Ficha de Registro de Empregado, Declaração salário-família, Declaração de Imposto de Renda, Vale Transporte e Declaração de dependentes);
- Registrar Carteira Profissional e já realizar declaração de devolução da CTPS;
- Providenciar confecção de crachá;
- Emitir o Termo de Confidencialidade;
- Realizar Lista de Presença constando os tópicos da Integração.

4.3 INTEGRAÇÃO

Deve ser aplicado antes de o colaborador iniciar suas atividades a fim de garantir sua participação em todo fluxo. Seguindo as fases:

- Assinatura do Contrato de Trabalho;
- Informá-lo o prazo do contrato de 45 dias, podendo haver prorrogação para mais 45;
- Assinatura do Termo de Confidencialidade;
- Será realizada a apresentação aos gestores de cada setor, os colegas de trabalho, locais: copa, entrada e saída, banheiro, cozinha e etc;
- Informar o rol de competências e comportamentos ao ocupar o cargo no núcleo;
- Informar o P.O.P. (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO) do setor, ao final constar assinatura;
- Entrega do Uniforme e EPI necessário para a função.

5. JORNADA DE TRABALHO

O colaborador deverá cumprir sua jornada de trabalho conforme o acordado.

O controle de frequência (marcações no relógio de ponto) visa reconhecer variações ocorridas durante a jornada, bem como deverá ser calculada a remuneração dos empregados.

5.1 ESCALAS

5X1, onde permite que, a cada cinco dias trabalhados será concedido 1 dia de folga, de acordo com a CLT a duração máxima de carga horária é de 7:20 minutos;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

5X2, sendo a mais comum na qual se dá 2 folgas semanais, podendo ser consecutivas ou não, computando a duração diária de 8:48 minutos;

6X1 se dá aos 6 dias trabalhados e 1 dia de folga, a definição do dia da folga não é uma regra e vale o combinado no processo de contratação, mas, pelo menos um domingo tem que ser de folga a cada 7 semanas em qualquer uma das escalas;

12X36, nesta escala, o que se conta são as horas, onde a cada 12 horas trabalhadas, o colaborador tem por direito 36 horas livres inserindo 02 folgas mensais, de acordo com a Convenção Coletiva;

18X36 onde também terá a mesma regra, porém serão computadas 18 horas.

Os horários serão de acordo com a necessidade da Organização contanto que possua uma rotina preestabelecida na qual os colaboradores sigam uma determinada carga horária.

5.2 AUSÊNCIA

O colaborador na qual se ausentar, por qualquer motivo, deverá ser informado o líder, se possível com antecedência, e apresentar justificativa e documento comprobatório.

5.3 TOLERÂNCIA

Será tolerado no máximo 10 minutos diário, onde se tornar repetitivo podendo ser aplicada medidas disciplinares.

5.4 FALTAS

Ausências sem justificativas legais não têm direito a salários e outras consequências legais e podem resultar em má conduta leve ou grave, dependendo das circunstâncias ou repetição, mas podem ter motivos imperiosos e as punições serão proibidas se consideradas com seriedade. Quando não cumprir totalmente a jornada de trabalho da semana, além de descontar o dia de ausência na sua remuneração, perderá o pagamento do dia de descanso, a menos que a ausência seja justificada. O desconto do DSR se aplica aos empregados que trabalham mensalmente ou quinzenalmente conforme a redação da Lei nº 605/1949, ou seja, todo colaborador que cumpre integralmente sem atrasos ou faltas injustificadas, têm direito a pelo menos um dia de descanso toda semana e recebe pelo dia não trabalhado, de acordo com o artigo 67 da CLT.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

5.5 BANCO DE HORAS

Sistema de flexibilização da CLT, sendo como uma forma de compensação de horas de acordo com a necessidade e/ou alta demanda, onde apenas computado com autorização do superior imediato e RH.

O limite da jornada diária de trabalho fica limitado a, no máximo, 10 (dez) horas, salvo em casos de necessidade imperiosa, conforme previsto no art. 61 da CLT.

As horas de faltas e/ou atrasos injustificadas serão abatidos ao Banco de Horas caso haja horas positivas. Caso, não possua horas positivas, as horas relativas às ausências ficarão negativas. Além da organização que, pode limitar o nº de horas negativas permitidas em banco de horas;

Ocorrendo o desligamento do empregado, as horas em banco serão pagas junto com as demais verbas rescisórias, aplicando-se os adicionais de horas extras.

5.6 ABONOS MEDIANTES COMPROVANTES LEGAIS

Atestado Médico (conter identificação do colaborador, da instituição, CID, identificação do médico e CRM, credenciados pelo SUS caso não encaminhar ao Médico do Trabalho para avaliação), Casamento (5 dias úteis), Licença paternidade (5 dias consecutivos a partir da data do nascimento do filho), Licença Maternidade (120 dias após emissão do afastamento médico e no período de amamentação o recebimento do salário sem prestação de serviços, durante o tempo de ir amamentar caso não possui no local de trabalho lugar apropriado, conforme Convenção Coletiva), Licença Nojo (falecimento de parentes de 1º grau pai, mãe, irmão, irmã, cônjuge e filho – 3 dias úteis).

5.7 AFASTAMENTO

Período em que o colaborador fica impossibilitado de exercer suas atividades por mais 15 dias consecutivos, dentro de um período de 60 dias, e, quando o motivo decorrer da mesma causa. Neste caso, adotar providências do INSS a fim de requerer o Auxilio Doença. Assim que receber alta do INSS e apresentar novamente o atestado no período de 60 dias após a data da alta, deverá ser encaminhado para avaliação do médico do trabalho. Caso não, apresentar a comunicação do resultado da avaliação da Incapacidade para realizar o exame de retorno ao trabalho e ao constar apto, pode retornar.

5.8 INTERVALO

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Será concedido 01h00min diária para refeição e descanso.

5.9 PONTO

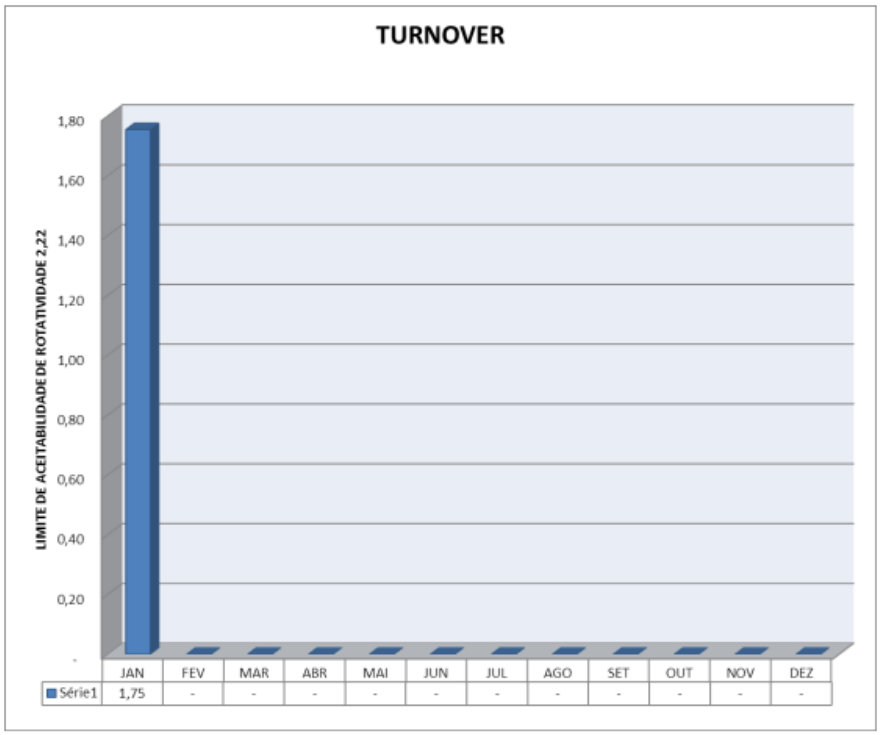
Registrar no ponto com 10 minutos de antecedência do horário para entrada e até 10 minutos posteriores a saída. Leva-se em conta também a obediência do intervalo mínimo de descanso, onde é chamado de **INTRAJORNADA** conforme as horas abaixo:

JORNADA	INTERVALO
Até 4 horas	N/A
Acima de 4 e até 6 horas	15 minutos
Acima de 6 horas	Entre 1 e 2 horas

Também possui o **INTERJORNADA,** onde é o intervalo entre duas jornadas de trabalho que deverá ter um período mínimo de 11 horas consecutivas para descanso

6. TURNOVER E ABSENTEÍSMO

São dois fatores que podem ser melhorados de diversas maneiras, dentre elas, implementar a Educação Contínua. Ambos os métodos serão analisados mensalmente e extraído gráfico a fim de acompanhar o desenvolvimento. Exemplo:



Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

6.1 ABSENTEISMO

É o período de ausência do empregado durante os dias ou horas de trabalho. Sendo assim, o setor de Recursos Humanos descobre o impacto de problemas de saúde, eventos imprevistos e outras carências da empresa. Onde as principais causas estão em: problemas de saúde, transtorno mental, vida pessoal e falta de motivação.

É importante controlar esse indicador, pois à medida que aumenta o número de ausentes, a empresa vai perdendo produtividade e competitividade. Portanto, esse processo pode levar a um aumento na rotatividade de pessoal.

6.2 TURNOVER

É a taxa de rotatividade, onde mede a quantidade de admissões e desligamentos. Dentre elas, inclui-se a falta de reconhecimento, baixa remuneração, desmotivação, preocupação com o futuro da empresa, baixo equilíbrio entre vida pessoal e trabalho.

Portanto, o RH tem como função analisar alguma forma de combater as causas, valorizando a remuneração e benefícios suficientes para atrair e motivar os colaboradores, formular um plano de carreira bem estruturada, manter um ambiente de trabalho agradável, medir o clima organizacional e desenvolver os colaboradores promovendo-os de acordo com suas aptidões.

7. AÇÕES DE ENDOMARKETING

Utilizar ações faz com que o clima organizacional cresça, proporcionando a integração entre os colaboradores, expressando a importância do mesmo dentro da unidade e o engajamento. Quando construímos um processo que valoriza as pessoas, também trabalhamos com as motivações dos funcionários. Afinal, ele não busca apenas trabalho por dinheiro, mas também um ambiente que lhe proporcione bem-estar e qualidade de vida.

O clima é como um termômetro que pode mostrar a satisfação dos funcionários com a cultura organizacional, políticas de recursos humanos, modelos de gestão e processos de comunicação.

Dentre elas, estão:

- Day off – dia de folga, ou estabelecer um horário de almoço com outra duração;
- Caixinha de parabéns – entre toda equipe;
- Vale brinde (com valor destinado a ação, acessível de baixo custo).

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

8. FÉRIAS

Após cada período de 12 meses de vigência de trabalho terá o direito anual do descanso remunerado de 30 dias, caso não houver faltas injustificadas, conforme:

- 1º período aquisitivo: 12 meses de vigência;
- Obedecer a programação anual onde é encaminhada a todos os colaboradores e obrigatoriedade não é possível descansar sem ser anotada na CTPS;
- Direito do abono pecuniário, ou seja, 1/3 dos dias de férias a que o empregado tem direito em dinheiro;
- Deverá ser gozada no período aquisitivo não acumulando dois períodos aquisitivos;
- Não terá direito às férias ao colaborador que, no decorrer do período aquisitivo: faltar de forma injustificada por mais de 32 dias, ausentar por auxilio doença por mais de 180 dias.

E de forma proporcional de acordo com as faltas injustificadas conforme abaixo:

QUANTIDADE DE FALTAS	DIAS DE FÉRIAS
6 A 14 DIAS	24 DIAS
15 A 23 DIAS	18 DIAS
24 A 32 DIAS	12 DIAS
+ DE 32 DIAS	SEM DIREITO

- Conforme o art. 143, § 1º da CLT, o abono de férias deverá ser requerido pelo empregado até 15 antes do término do período aquisitivo;
  Em conformidade com a Lei nº 13.467/2017, de 11 de novembro de 2017 (Alterado artigo 134, § 1º da CLT), podem ser gozados em até 3 períodos, sendo que um deles não pode ser inferior a 14 dias corridos, e os demais não poderão ser inferiores a 5 dias corridos, desde que tenha concordância do empregado. O acordo de que o trabalhador se compromete a dividir as férias em 3 fases afasta o duplo pagamento, desde que o último período de gozo seja dentro do período concessivo, cabendo ao empregador pagar em dobro, caso os dias sejam gozados foram do período concessivo;
- De acordo com o Artigo 134 CLT § 2º, aos colaboradores menores de 18 anos e aos maiores de 50 anos de idade, as férias serão cedidas em concessão integral, de uma vez só.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

9. BENEFICIOS

Sendo divididos em três tipos de categorias, como: Convenção Coletiva, CLT e por vontade da organização. Onde serão distribuídos conforme abaixo:

9.1 VALE TRANSPORTE

Sendo um direito desde que comprovada sua utilização, o colaborador deve informar por escrito na admissão ou através de formulário fornecido pelo RH, contendo endereço mediante comprovante, tipo de transporte, quantidade utilizada no dia de ida e volta, além será custeado até 6% de seu salário base, excluindo quaisquer adicionais ou vantagem e o valor do crédito é estabelecido em quantia de dias trabalhados previstos no mês da utilização.

9.2 VALE REFEIÇÃO

Fornecimento de alimentação (almoço/jantar) durante o período de trabalho.

9.3 VALE ALIMENTAÇÃO

Oferecido com intuito de que os colaboradores possam comprar produtos alimentícios e insumos para uso próprio ou familiar, optando pela organização um valor fixo de R$200,00 sem descontos, implementando uma forma de incentivo, atraindo-os e retendo talentos minimizando a rotatividade.

9.4 AUXILIO CRECHE

Concedido às mulheres empregadas ao quadro de colaboradores do núcleo, onde somente será pago às empregadas que possuem filhos até 5 anos de idade no valor de 5% do menor piso salarial, por filho.

9.5 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

Compensação ao colaborador na qual é exposto a agentes nocivos no ambiente de trabalho.

9.6 ADICIONAL NOTURNO

Aos colaboradores que trabalham no período noturno, ficam assegurados adicional de 45% da hora diurno de trabalho estabelecido em Convenção Coletiva.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

9.7 SALÁRIO FAMILIA

Determinado conforme o art. 65 A 70 da Lei nº 8213/91, sendo concedido ao colaborador que comprovar devidamente seus dependentes menores de 14 anos, passando a ser de R$ 51,27, para trabalhadores com remuneração mensal de até R$ 1.503,25.

10. FOLHA DE PAGAMENTO

Será efetuado pagamento no 5º dia útil, mensalmente, subsequente a que se refere ao mês vencido, através de depósito bancário, não possuindo nenhum tipo de adiantamento. O demonstrativo de pagamento é disponibilizado no RH, as informações para a elaboração da Folha de Pagamento têm como principal objeto os registros apurados na folha de ponto dos colaboradores.

O setor de Recursos Humanos pode efetuar descontos em folha em questões de: 2ª via do Vale Alimentação, crachá ou quaisquer outros materiais fornecidos ao colaborador e que tenham sido danificados por negligência ou mau uso.

10.1 13º SALÁRIO

Concedido em duas parcelas, sendo a 1ª ao colaborador que por ocasião ao retirar férias optar ou até 30 de Novembro, a 2ª até o dia 20 de Dezembro.

10.2 FGTS

A Organização deposita mensalmente em uma conta vinculada a Caixa Econômica Federal a titulo de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

10.3 RAIS

Relação Anual de Informações Sociais, na qual tem como objetivo suprir necessidades de controle do País. A entrega da declaração pela organização é obrigatória e dentro do prazo legal.

10.4 INSS

Instituto Nacional de Seguro Social é retido pelo núcleo em favor do colaborador com o embasamento na tabela de salários e alíquotas emitidos pelo Ministério da Previdência Social.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

11. ESTÁGIO

O estágio profissional é a fase inicial de qualquer profissão e ocorre quando o colaborador ainda se encontra em período de formação e necessita adquirir experiência, conhecimentos e competências na sua área. O estágio, em linhas gerais, é uma exigência para os alunos dos cursos técnico, profissionalizante e de graduação, sendo necessário para que os alunos possam obter os créditos exigidos para a graduação.

Por exemplo, é comum que as universidades exijam que os alunos apresentem um relatório de estágio no final do curso como forma de os alunos demonstrarem que adquiriram experiência profissional direta em sua área de treinamento. O relatório de estágio apresentou todas as funções desempenhadas pelo estagiário, as suas rotinas de aprendizagem e desenvolvimento na empresa contratante e as assinaturas dos responsáveis pela supervisão e orientação do estágio.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO** tem como proposito oferecer a possibilidade de aprendizagem de forma mais objetiva, apresentando assim, a escola cooperada os devidos documentos:

- **Termo de Cooperação**: tem por objetivo propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem dos educandos, bem como o aprimoramento da rede de atenção à saúde; pré-requisitos dos estagiários (seguro de vida, conclusão da parte teórica e preenchimento de ficha cadastral para apresentação dos documentos digitais); atribuições da Cooperada/Organização e Precaução Padrão;
- **Regulamentação de Concessão Estágio**: Solicitação por oficio de campos de estágios, documentos da Cooperada (FGTS, CNPJ, Certidão Negativa, Projeto Pedagógico, Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, Comprovação de aprovação do(s) curso(s) pelo Ministério da Educação, Cópia autenticada da apólice de seguros), Análise e formalização dentro do prazo de 10 dias após apresentação e Avaliação e Monitoramento de Estágio;
- **Termo de Compromisso de Estágio**: apresentando aos estagiários contendo data de inicio e termino, duração de jornada, orientação as práticas a serem adotadas a fim de aprimorar as disciplinas já estudadas (teoria), onde desempenham situações da atualidade entre o trabalho e a vida desenvolvendo competência e habilidades

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

imprescindíveis à função e ciência das considerações sigilosas: políticas, normas, procedimentos;

- **Ficha Cadastral:** preenchimento realizado pelos estagiários contendo informações pessoais.
- **Avaliação durante período de estágio:** cabe à cooperada realizar avaliações periódicas junto aos alunos, em casos de auxilio, apresenta-se modelo em anexo.

12. QUADROS DE AVISOS

Possuir o hábito de manter-se atualizado com os comunicados em quadros de avisos do Pronto Atendimento, estando todos em locais estratégicos.

13. PENALIDADES

A política de consequência visa ter como planejamento regras e diretrizes para a adoção da aplicação de medidas disciplinares aos colaboradores da Organização.

Sendo assim, todos os integrantes da organização, independente da função a ser exercida deverá cumpri-la.

13.1 DEFINIÇÕES

13.1.1 COLABORADOR

Todo profissional na qual possui vínculo empregatício, ou seja, colabora efetivamente e integra-se a organização. São estagiários, aprendizes, sócios, diretores etc.

13.1.2 CONFLITO DE INTERESSE

Refere-se a colaboradores que podem ser afetados devido as ações de seu próprio interesse, violando os princípios da empresa, tomando decisões inadequadas ou deixando de cumprir qualquer uma de suas funções profissionais o que gera frustação.

13.1.3 COMPORTAMENTO

Representa a maneira de como é a conduta do colaborador, de que forma ele se porta dentro da organização, traz impactos positivos e/ou negativos? O que torna relevante o tal comportamento.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

13.1.4 MEDIDAS DISCIPLINARES

Aplicação da consequência (advertência verbal ou escrita, suspensão até rescisão do contrato), quando alguns dos colaboradores não cumprem o código de conduta, termo de contrato, normas, políticas, procedimentos e valores da organização tornando uma ação orientativa.

13.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DISCIPLINARES

13.2.1 DESCRITIVOS:

GRAU	DESCRIÇÃO	TIPO DE MEDIDA
Leve	Falta de ações preventivas aplicadas pelo colaborador, na qual não afetam os objetivos da organização; Ações agressiva (moral e físicamente) aos outros colaboradores. Atraso ao trabalho; Falta de compromentimento em realizar uma tarefa ou meio de capacitação profissioal; Falta injustificada (1ª vez); Desrespeitar colaboradores, ofender e/ou expor a imagem da organização.	Advertência Verbal
Médio	Falta de comunicação ou fornecimento de informações sem precisões de forma proposital; Desacordo com normas, código de conduta e ética, politicas, procedimentos; Ato na qual coloque em risco a sua preservação ou de terceiros; Reincidência de atrasos, faltas de grau leve.	Advertência Escrita
	3 advertência por escrito do mesmo desvio; Recusar a utilizar o Equipamento de Proteção Individual – EPI; Usar em vantagens ao cargo informações sigilosas; Negociar e/ou vender qualquer bem da organização;	Advertência Escrita, Suspensão a depender da

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Grave	Cometer ato de ofensa, intimidar qualquer colaborador; Apresentar embriaguez; Falsificar, omitir informações; Receber e/ou ofertar prenda dentro da organização; Desviar código de conduta, normas, politicas etc, na qual coloque em risco a preservação do mesmo ou terceiros; Ato de improbidade; Marcação de cartão de ponto de outro colega de trabalho ausente; Perda de confiança do empregador ao empregado por motivos do comportamento.	gravidade e/ou rescisão do contrato de trabalho (com justa causa).
Gravíssima	Condutas conforme o artigo 482 da CLT	Dispensa por justa causa

13.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS

É válida ao empregador a aplicação de medidas disciplinares nos atos cometidos pelo empregado conforme Art.482 da CLT, podendo acarretar a rescisão do contrato por justa causa. A CLT não prevê uma hierarquia de medidas disciplinares aos empregados, cabendo ao empregador avaliar a gravidade e recorrência, tendo como base para rescisão contratual o Art. 482.

Toda medida deverá ser formalizada mediante a carta disciplinar contendo o Art. e alíneas. (em caso de recorrência/ justa causa), sendo aplicada de forma privada, sem nenhum meio de exposição.

A aplicação deverá ocorrer o mais próximo possível da data do desvio para que sejam tomadas as devidas providências e se tornar um meio de ação orientativa, para não se caracterizar perdão tácito. Aceita-se um maior tempo para aplicar a penalidade, quando ainda falta verificar algum dos fatos desde que esteja documentado.

No caso de reincidência do colaborador, o empregador deverá aplicar outro meio de punição.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

13.4 PROPORCIONALIDADE

A medida na qual será aplicada deve ser proporcional ao desvio cometido, ou seja, desvios leves devem-se aplicar medidas também leves, em casos graves e com recorrência poderá ocorrer à proibição de recompensas, promoções e sem bônus voluntário da empresa.

Em casos de o colaborador se recusar a assinar o aviso, duas testemunhas que presenciaram o fato podem assinar como forma de ciência. Neste caso, entretanto, o documento é válido.

A aplicação deverá ser aplicada em horário de trabalho e fundamentada em atos realmente cometidos pelo empregado, sua aplicação indevida pode ocasionar a rescisão indireta Art. 483 letra B e indenização moral ao empregado.

É importante ressaltar que outras medidas podem ser tomadas para prevenir que novos desvios aconteçam, por exemplo: treinamentos específicos para funcionários, adotando novos controles ou procedimentos.

É prescindível que o superior imediato, antes de aplicar qualquer medida administrativa, verifique se há penalidades anteriores. Sendo assim, deverá ser aplicado pelo superior do setor sob presença e orientação do RH, a fim de verificar o cenário de legislação trabalhista e convenção coletiva.

14. UNIFORMES

Profissionalismo, organização, segurança, confiança. Uma equipe uniformizada passa ao paciente um diferencial no atendimento. Mais do que isso, evita equívocos causados pela atual perda de referência no que se refere ao modo de se vestir no ambiente corporativo.

Uma vez que a Organização torne o uso imprescindível, é obrigação de a mesma fornecer, incluindo o direito de exigir o protocolo de recebimento, assinado e datado, constando os itens entregues e quantidade juntamente ao Termo de Responsabilidade. Não sendo permitido: o uso de outras roupas, não poderá ser cedido ou emprestado a terceiros, ser utilizado fora da jornada de trabalho e além de ser devolvidos devidamente limpos e lavados em caso de rescisão de contrato.

O colaborador, nesta data de admissão e recebimento, declara ter ciência e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo a respeitá-los e cumpri-los integralmente.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

15. CRACHÁ

O crachá é um cartão de identificação funcional do colaborador, tendo o uso pessoal e obrigatório durante toda a jornada de trabalho. O colaborador deverá utilizar de forma adequada e zelar pela conservação do mesmo, em hipótese alguma poderá emprestá-lo para qualquer pessoa, seja qual for à situação, pois este ato é expressamente proibido, podendo acarretar em medidas disciplinar. Também ficará fixado no uniforme, mantendo-o de forma visível a fim de servir como autorização de acesso e reconhecimento imediato dos membros da organização.

Modelo:

16. PDI – PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

PDI é um plano de desenvolvimento pessoal, onde é utilizado como forma de estabelecer, monitorar e desenvolver as competências dos colaboradores. O PDI é um plano pessoal com objetivos pré-determinados, que devem ser alcançados a curto, médio e longo prazo.

Por ter metas, prazos e fornecer uma trajetória de desenvolvimento, tornou-se um participante-chave no progresso pessoal sistemático.

Para quem pretende desenvolver gestores ou promover crescimento interno de profissionais, ter um PDI é fundamental, com ele, a empresa busca orientar o desenvolvimento dos colaboradores selecionados para que possam executar com precisão o trabalho planejado e as funções planejadas.

Dessa forma, os talentos reconhecidos pela gestão de pessoas da empresa agregam novas características. Os funcionários podem ver suas habilidades, falhas e pontos fortes e usar suas características de forma decisiva.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Alguns pontos são extremamente importantes:

Análise prévia: o alinhamento consiste em fazer uma análise da condição atual e desejada do profissional e da empresa em relação a ele. Ambas as partes devem estar na mesma direção, de modo que a soma de esforços alcance resultados satisfatórios para todos;

Mapear: consiste em mapear todos os pontos fortes e de melhorias, performance, formação e assim realizar uma relato do profissional;

Estratégias: nesta etapa aplica-se o PDI, podendo ser inserido primeiramente na rotina do colaborador, ou seja, em tarefas que devem ser cumpridas por ele. Cada tarefa desenvolve uma competência, o que contribui com o seu processo evolutivo.

Supervisão: o ideal durante este processo é o acompanhamento de um profissional amparando no foco desejado.

Portanto, é fundamental realizar um planejamento definindo os objetivos, traçando competências, definindo cronogramas com prazos, promovendo ações como treinamento e cursos, avaliações de desempenho e Job Rotation (mudança de setor a fim de compreender o funcionamento e procedimentos).

17. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é um fluxo contínuo (de expectativas de desempenho: metas, indicadores, competências) e realizado pelo líder imediato ao longo da experiência. A avaliação inicial ocorre 15 dias antes do término do período de experiência, onde indicará a continuidade ou não do empregado no quadro funcional, o colaborador e o líder avaliam os pontos fortes e de melhorias, na qual tem o objetivo de verificar o **PDI** (PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL), visando valorizá-los.

Ocorre pelas escalas absolutas, onde o avaliador tem a forma absoluta para avalia-lo, sem relação com o que é esperado ou com outros avaliados. É o caso da escala ―ruim‖, ―médio‖ e ―bom‖.

Por fim, ficará tanto para o colaborador quanto para o núcleo um instrumento, com a identificação das competências que interferem no desempenho, que possam ser aprimoradas por meio de plano de desenvolvimento de capacitação e aperfeiçoamento profissional. Aos gestores será aplicado durante a cada 6 meses e/ou 1 ano, o método DISC.

O que é este método? Através de um formulário onde é necessário responder um questionário, é possível traçar os pontos fortes e de melhorias, se baseando em aspectos psicológicos, ou

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

seja, avalia o comportamento dos colaboradores e permite avaliar em que setor se adaptará com facilidade. Por fim, facilita a construção de equipes de alta performance, aprimora as habilidades de liderança e relacionamento interpessoal, redução de rotatividade e aumento de produtividade.

O DISC foi preparado em quatro perfis comportamentais que são mais predominantes em cada um de nós. Sendo eles: Dominantes (comportamento mais dominante, opera em riscos e desafios, exigentes, rápidos e competitivos, orientado para ação e os prazos envolvidos, também poderão influenciar na dificuldade de divisão de tarefas); Influentes (comportamento comunicativo, de empatia, entusiasmo, poder de persuasão, autonomia e com tendência a influenciar os colegas); Estabilidade (comportamento mais estável, paciente e conciliador, orientado para buscar o equilíbrio e a harmonia nos relacionamentos e ambientes) e Analitico (comportamento mais cauteloso, detalhista, orientado para fazer as coisas com precisão e qualidade, antecipando as consequências).

Em conclusão, o autoconhecimento é a chave para abrir as portas do sucesso e realização.

18. SEGURANÇA DO TRABALHO

A organização cumpre com as normas regulamentadoras onde possuem programas de prevenção e diagnóstico de agravos à saúde, a fim de garantir condições seguras, visando constatar se dispõem de doenças danos irreversíveis à saúde do colaborador.

18.1 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

- **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO):** elaborado por médico do Trabalho verificando os riscos existentes em determinada atividade, estabelecendo exames e períodos para realização do mesmo emitindo o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;
- **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):** estabelece medidas que visa à integridade dos colaboradores, descrevendo atividades a serem realizadas por função, reconhecendo riscos para migrar ao PCSMO e precavendo através da utilização dos EPIs;
- **Ergonomia e Análise Ergonômica;**
- **LTCAT** (Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho) e etc;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Todo programa procura conscientizar colaboradores a fim de praticar segurança de forma contínua, promovendo a saúde e a preservação do meio ambiente, mas como?

Utilizando os equipamentos de proteção individual, sendo obrigatório para a execução de tarefas onde possuem riscos à saúde. Para cada tipo se utiliza um EPI diferente: ruídos **(PROTETOR AURICULAR), PROTEÇÃO DOS OLHOS CONTRA IMPACTOS (ÓCULOS); PROTEÇÃO DAS VIAS** respiratórias (máscaras PFF2) e etc.

19. QUALIDADE DE VIDA

A Organização tem por objetivo criar ações que incentivem e motivem os colaboradores para integrarem melhor na equipe, com harmonia, na família, visando o bem-estar e o melhor desempenho de suas funções diárias além do desenvolvimento pessoal e profissional, com intuito de verificar, o nível de satisfação do colaborador em seu ambiente corporativo. Como investir neste processo?

- Investir no colaborador com treinamentos, cursos onde fará com que adquiram conhecimentos, desempenhando suas tarefas de forma eficaz. Além disso, poderá ser implantados métodos que premiações, motivando-os;
- Dar feedbacks é extremamente importante que o colaborador saiba como está o posicionamento dentro da Organização, deixado explicito o plano de carreira e estimulando-os nos objetivos coorporativos;
- Clima Organizacional representa a atmosfera psicológica da empresa. Ou seja, como os profissionais percebem o ambiente de trabalho e como são afetados. Um clima ruim causa danos à empresa e aos colaboradores. Por exemplo, falta de comunicação interpessoal e falta de compromisso com o trabalho. Portanto, a qualidade de vida na organização faz com que os colaboradores se sintam bem, relaxados e até gostem do papel que desempenham. Devemos esquecer e eliminar a ideia do trabalho como um "mal necessário" e sim, criando um ambiente agradável e saudável.

20. DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Visa proporcionar o desenvolvimento das necessidades de formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento capacitando-os para o desempenho das competências e a prática dos comportamentos à melhoria da qualidade dos serviços.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

20.1 PROCESSOS

- Levantamento de necessidades por colaborador;
- Programação de desenvolvimento de Competências através da Matriz de Treinamento realizado pelo RH onde constará o tutor, data, tipo de treinamento, carga horária, modalidade, custo, validade do certificado e as opções: mandatório? Recomendado? Opcional ou aquela função não há necessidade (N/A)?
- Programas Internos: palestras, exposição, estágios, rodízio de turnos e reuniões realizados com recursos humanos.

Cabe ao colaborador participar dos processos estabelecidos pelo setor de RH, e ao final preencher Avaliação de Reação, recebendo o certificado do Treinamento.

21. EXAMES

Os exames médicos são obrigatórios e atendem a Norma Regulamentadora nº 7, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

21.1 ADMISSIONAL

O exame admissional deve ser realizado antes do início do trabalho do novo colaborador.

21.2 PERIÓDICO

O realizado de acordo com o tipo de atividade realizada. O referido exame será realizado de forma semestral ou anual conforme o PCSMO aos colaboradores expostos a risco de doença ocupacional.

21.3 RETORNO

Antes do retorno do empregado as suas atividades quando ele estiver afastado por motivo de licença maternidade, doença e acidente por mais de 30 dias.

21.4 TROCA DE FUNÇÃO

Será realizado se o colaborador mudar de função, ou seja, alteração na condição de risco de doença ocupacional.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

21.5 DEMISSIONAL

Realizado assim que o colaborador for desligado/pedir demissão da organização.

22. TRANSFERÊNCIA E PROMOÇÃO

Qualquer processo de transferência e ou promoção deverá ser feita de acordo com a Requisição Pessoal onde precisará ter a justificativa, posteriormente submetendo a uma avaliação do RH para oportunizar a conciliabilidade da solicitação com o Plano de Cargos e Salários vigente.

Sendo assim, o mesmo procedimento: realizar exame de mudança de função, integrá-lo ao novo setor e informa-lo aos POP's locais.

23. DESLIGAMENTO

23.1 ORGANIZAÇÃO

É a rescisão do Contrato de Trabalho entre o colaborador e a organização podendo ocorrer por **parte da mesma:**

- Por justa causa (considerado Justa Causa somente o ato cometido que se enquadrar no disposto na CLT e neste Manual);
- Sem justa causa (a organização poderá desliga-lo, expondo o motivo do desligamento. Poderá cumprir o aviso de 30 dias optando pela saída antecipada e/ou trabalhar 23 dias e folgar 7 dias. Até mesmo ser dispensado sendo então, indenizado, devendo ser comunicado por escrito, obtendo-se sua ciência). A Lei 12.506/2011 trouxe um acréscimo de 3 dias de aviso para cada ano trabalhado, ou seja, até um ano de trabalho o aviso continua sendo de 30 dias e a cada ano de trabalho completado, soma-se mais 3 dias até o limite de 90 dias de aviso, conforme a tabela abaixo:

Tempo Contratado	Dias de Aviso
Até 1 ano	30
Até 2 anos	33

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Até 3 anos	36
Até 4 anos	39
Até 5 anos	42
Até 6 anos	45
Até 7 anos	48
Até 8 anos	51
Até 9 anos	54
Até 10 anos	57
Até 11 anos	60
Até 12 anos	63
Até 13 anos	66
Até 14 anos	69
Até 15 anos	72
Até 16 anos	75
Até 17 anos	78

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Até 18 anos	81
Até 19 anos	84
Até 20 anos	87
A partir de 20 anos	90

O colaborador é obrigado a cumprir apenas os 30 dias iniciais de aviso prévio trabalhado. Os demais dias, caso tenha direito, deverão ser indenizados (pagos em dinheiro). Formula: (anos de trabalho) x 3 + 30 = dias de aviso prévio.

- Término do contrato de experiência;
- Rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

23.1.1 PELO COLABORADOR

- A pedido;
- Aposentadoria por tempo de serviço e idade;
- Término do contrato de experiência;
- Rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

23.1.2 OUTRA QUESTÃO

- Falecimento;
- Afastamento Invalidez.

23.2 COMUNICAÇÃO AO SETOR

O líder do setor obrigatoriamente deve questionar ao Recursos Humanos a possibilidade do desligamento do colaborador antes de comunica-lo, a fim de que seja verificado se possui algum impedimento para demissão, exemplos: estabilidade no retorno de férias, CIPA, gestante e etc.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

23.3 COMUNICAÇÃO AO COLABORADOR

O líder imediato comunica o desligamento ao colaborador e justificativas. Em seguida, encaminha ao setor de Recursos Humanos para a formalização do desligamento, que providenciará:

- Carta de Desligamento com Aviso Prévio Indenizado ou Trabalhado;
- Recolhe o crachá;
- Agenda e encaminha o ex-colaborador para a realização do exame médico;
- Agenda a homologação (dentre os 10 dias corridos do desligamento).

23.4 HOMOLOGAÇÃO

O RH solicita ao colaborador para que compareça a organização onde realiza as etapas da homologação abaixo:

- Deverá ser emitido o termo de rescisão e comprovante de pagamento das verbas rescisórias e entregue ao colaborador esclarecendo cada pagamento realizado;
- Emitir formulário de seguro-desemprego;
- Chave do FGTS quando ocorrer do empregado ser demitido sem justa causa;
- Entrevista de desligamento (ferramenta e complemento de informação onde quem está sendo desligado, na maioria das vezes, possui uma visão clara dos pontos fortes e fracos da organização. Objetivo: real motivo de desligamento, oportunidades oferecidas, condições de trabalho, relacionamento interpessoal, relacionamento com a gestão, equívocos, pontos fortes e os pontos fracos da organização. Cabe ao RH manter o contato e uma boa relação com o mesmo.
- Após a entrevista o RH deverá enviar o formulário assinado a Diretoria para conhecimento, retornando dentro de cinco dias ao RH para ser arquivado em uma pasta específica.
- A data prevista da rescisão deverá ser formalizada a baixa na Carteira de Trabalho, após realizar um termo de devolução do documento original.

24. NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS

A notificação de desvios tem como objetivo o afastamento dos parâmetros estabelecidos para o registro na qual não são atendidos. São classificados desta forma:

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- **Não conformidade real:** ocorrência de um rompimento em um requisito estabelecido, constando como desvio de qualidade;
- **Aviso:** quando não ocorrer frequente e a causa de análise sejam leves, mas torna-se um desvio de qualidade;
- **Não conformidade potencial:** não ocorreu rompimento, mas precisa necessariamente de ação preventiva evitando a não conformidade real;
- **Evento sentinela:** ocorrência que ocorra óbito, qualquer lesão. Podendo também ser classificados por eventos (1. Atingiu o colaborador e o paciente foi a óbito; 2. Atingiu o colaborador e causou dano permanente ao paciente; 3. Atingiu o colaborador e causou lesão ao paciente mas poderia ter sido uma gravidade maior; e 4. Poderia ter causado algo grave porém não atingiu ambos).

25. LISTA DE PRESENÇA

Objetivo é registrar as pessoas que compareceram a uma determinada reunião, constando os tópicos:

- Tema/Assunto;
- Conteúdo Programático (quais serão os assuntos da reunião);
- Carga horária;
- Local;
- Horário;
- Instrutor;
- Envolvidos (nome, função e assinatura).

26. PLANO SALARIAL

A movimentação dos colaboradores deve ser levada em conta a questão financeira para e a empregabilidade da força de trabalho existente. É possível a movimentação das formas:

- **Horizontal:** aumento salarial (mérito) ou por enquadramento através do desempenho, onde é levado em conta a Avaliação de Desempenho, Assiduidade, Prevenção em Acidentes, alcance de metas estabelecidas.
- **Vertical:** promoção para função superior da mesma área, onde tem que ser atendidas as exigências do cargo, apuradas e explorada em avaliação de desempenho.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

27. PLANO DE CARGOS E SALARIOS

Administrar comportamento humano implica em governar o que as pessoas fazem enquanto atores das organizações em que participam.

Gerir pessoas em contextos de trabalho significa controlar os fatores que interferem na qualidade de vida e do trabalho dos colaboradores, no sentido de identificar as melhores condições para o serviço, as competências necessárias a serem desenvolvidos, os fatores que motivam os trabalhadores, os recursos e as estruturas necessárias para a execução das atividades.

A organização possui políticas de Gestão de Pessoas que norteiam suas ações, entendendo que estas são guias para a ação, servindo para prover respostas às questões ou problemas que possam ocorrer.

O processo de Gestão de Pessoas tem como premissa aplicar estas políticas de pessoas, mantendo os colaboradores integrados, motivados e capacitados para o desempenho de suas funções. Para tanto, apresenta a seguinte estrutura organizacional:

27.1 ADMINISTRAÇÃO PESSOAL

Tem como objetivo assegurar que toda a administração de folha de pagamento seja feita corretamente, garantindo o provimento de benefícios e salários, bem como salvaguardando todos os prontuários dos nossos colaboradores;

27.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O objetivo do Recrutamento e Seleção é atrair e reter colaboradores que apresentem os mesmos valores que a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, e que atendam aos critérios estabelecidos para a vaga e o perfil desejado;

27.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivando alcançar a excelência em atendimento, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, a área de Educação Permanente prepara e realiza diversas atividades para desenvolver continuamente os nossos colaboradores nas diversas áreas de atuação;

27.4 SEGURANÇA DO TRABALHO

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Realiza atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho, utilizando métodos e técnicas científicas, observando os dispositivos legais e institucionais, com o objetivo de eliminar, controlar e reduzir permanentemente os riscos de acidentes de trabalho;

27.5 MEDICINA OCUPACIONAL

O objetivo da área da Medicina do Trabalho é promover a saúde dos colaboradores, de forma preventiva, no rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Nos casos da necessidade de contratação de colaboradores emergencial e para o preenchimento de cargos estratégicos para a Gestão da Organização, o Recrutamento também poderá ocorrer através de análise de currículos encaminhados por agências especializadas e entrevistas com membros da Diretoria.

27.6 ADMISSÃO

Após aprovação em processo seletivo, o RH deverá orientar o profissional as etapas seguintes, onde, será solicitada toda documentação obrigatória, informando-o novamente sobre a remuneração, jornada de trabalho, beneficios e também terá o seu exame médico admissional agendado.

No dia marcado, deverá comparecer à Coordenação Administrativa da Organização Social para passar tanto no setor de Medicina Ocupacional como na Administração de Pessoal, onde, após ter os documentos recebidos, ter realizado o check-list, assim sucessivamente elaborado o contrato de trabalho.

Na segunda etapa, o colaborador deve ser integrado com as rotinas, cultura, missão e valores da organização, também apresentação dos setores da unidade juntamento aos outros colegas e gestores.

27.7 REMUNERAÇÃO

É o valor total constituído pelo salário somado aos ―salários indiretos‖ ou benefícios, pagos ou não em espécie. Salário + Benefícios + Adicionais = Remuneração.

27.8 PESQUISA SALARIAL

A cada dois anos ou sempre que houver a necessidade, a I**RMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO** fará pesquisa salarial e de

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

benefícios, na sua localidade, com o objetivo de manter as práticas salariais e de benefícios compatíveis com o mercado. A pesquisa salarial contemplará os principais cargos da Organização bem como os benefícios atuais praticados. A área de Cargos e Salários analisará todos os cargos e proporá alterações sempre que necessário. Todas as alterações propostas passarão por aprovação da Diretoria.

27.9 POLITICA SALARIAL

Tem por objetivo reconhecer a capacitação profissional e o desempenho dos nossos colaboradores, pagando o justo salário de acordo com o mercado e levando-se em consideração as práticas da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**.

A política salarial deve se basear:

- Nas limitações orçamentárias e financeiras;
- No plano de trabalho firmado com a Contratante;
- No dissídio das categorias profissionais;
- Na equivalência com op mercado de trabalho em saúde;
- Convenção trabalhista atualizada da região.

27.10 DESCRIÇÕES DE CARGOS

GERENTE DE UNIDADE AMBULATORIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

RESUMO DO CARGO

Trabalhar preservando os valores e princípios da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, garantindo o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração com outros serviços.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Implementar diretrizes da gestão da clínica e da clínica ampliada, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com os pacientes e familiares;
- Implantar e avaliar os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e POPs afetos aos cuidados desenvolvidos na Unidade Ambulatorial;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados no Aplicativo de Gestão para e nos sistemas nacionais de informação da Atenção e da Vigilância em Saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipe
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores;
- Manter a página da Unidade Ambulatorial atualizada no síte eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade Ambulatorial, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Planejar juntamente com os profissionais (supervisor técnico), os insumos necessários na prestação da assistência realizando planejamento anual da unidade para apresentar ao administrador;
- Receber escalas mensais e de férias da equipe multidisciplinar;
- Analisar a estatística do Complexo Ambulatorial e relatório de faturamento junto ao administrador;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, as grades de atendimento ambulatorial e/ou atualização elaborada pelo supervisor técnico;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, o pedido de fechamento das grades de atendimentos ambulatoriais;
- Receber da chefia superior o número de consultas preestabelecidas para cada especialidade;
- Conhecer a programação pactuada e integrada ambulatorial;
- Monitorar em conjunto com a regulação, a gestão de consultas realizadas mensalmente com o que se pactuou para o atendimento ambulatorial;
- Intervir junto ao supervisor técnico para levantar causas de inconformidade na gestão de consultas;
- Conhecer a data de abertura das grades de atendimento com antecedência à colocação no sistema;
- Comunicar às Divisões de Gestão de Pessoas e Médica, a taxa de absenteísmo dos profissionais;
- Realizar avaliação de desempenho dos responsáveis dos setores do AME;
- Demandar ao Setor de Gestão de Processos e de Tecnologia da Informação melhorias no sistema, se for necessário;
- Auxiliar na criação do Centro de Custo Ambulatorial;
- Solicitar recursos humanos à chefia superior;
- Viabilizar educação permanente às equipes;
- Acompanhar os mapeamentos e monitorar os indicadores dos processos ambulatoriais.

REQUISITOS DO CARGO

- Pós-graduação Gestão Hospitalar/Saúde;
- Conhecimentos das Políticas de Saúde;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Planejamento e Administração da Saúde;
- Gestão de Pessoas;
- Saúde Pública;
- Ética e Aspectos Legais;
- Comunicação e Liderança;
- Negociação e Mediação de Conflitos;
- Processos e Sistemas em Saúde;
- Gestão da Informação em Saúde;
- Resultados em Saúde.
- Inscrito no Conselho Regional da área de atuação e em dia com as obrigações junto ao mesmo

DIRETOR GERAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

RESUMO DO CARGO

Trabalhar preservando os valores e princípios da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, zelando pelo bom funcionamento da Unidade de Saúde sob supervisão do Conselho Administrativo, seus serviços, planejamento, acompanhamento de ações e gestão de pessoas. Atuando de forma a acompanhar, mediar, intervir e fazer interface com os setores da coordenação da Organização, com o objetivo de garantir a melhoria da condição de saúde da população adstrita, atendendo as necessidades do serviço e do contrato de gestão.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduação Completa em Medicina, Administração, Enfermagem, Engenharia ou áreas afins;
- Pós-graduação Gestão Hospitalar/Saúde;
- Conhecimentos das Políticas de Saúde;
- Planejamento e Administração da Saúde;
- Gestão de Pessoas;
- Saúde Pública;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Ética e Aspectos Legais;
- Comunicação e Liderança;
- Negociação e Mediação de Conflitos;
- Processos e Sistemas em Saúde;
- Gestão da Informação em Saúde;
- Resultados em Saúde.

COORDENADOR DE ENFERMAGEM RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/Diretor Técnico

RESUMO DO CARGO

Responsável por observar, analisar gerenciar a equipe de Enfermagem, o conhecimento teórico e prático, visando a melhor conduta ao usuário, garantindo, assim o melhor atendimento na unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coordenar e orientar a equipe de Enfermagem por meio de acompanhamento diário dos procedimentos/ condutas propondo quando necessárias melhorias das técnicas utilizadas e relatando em livro a produtividade diária e as orientações propostas;
- Prestar atendimento de urgência e emergência aos pacientes de alta, média e baixa complexidade assegurando a assistência de enfermagem humanizada, através da conscientização e aplicação de técnicas atualizadas;
- Realizar o protocolo Manchester para melhor avaliação e conduta, assegurando ao usuário um melhor atendimento;
- Elaborar as escalas da equipe de enfermagem de acordo com a necessidade dos setores;
- Checar diariamente os setores; acolhimento, sala de medicação, sala de curativo, observação adulto/infantil e emergência, visando manter os setores organizados, supervisionando o cronograma e a realização da limpeza;
- Autorizar e liberar os materiais e medicações para os setores da enfermagem realizando o controle dos mesmos;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Controlar e realizar as notificações compulsórias e de acidentes/ violência;
- Acompanhar a visita de fiscalização do COREN e demais órgãos oficiais na ausência do enfermeiro responsável técnico;
- Coordenar, participar e elaborar, juntamente com equipe Multiprofissional todo o Processo de Qualidade, assim como Manuais e P.O.P's referentes a todo e qualquer procedimento relacionado ao Equipamento de Saúde.;
- Desenvolver programas de assistência integral e ininterrupta de enfermagem aos pacientes;
- Planejar, organizar, distribuir e controlar escalas de trabalho e de férias dos profissionais da área de enfermagem que atuam no ambulatório, verificando metas e prazos para o bom andamento dos trabalhos;
- Elaborar o Manual de Normas e Rotinas da Enfermagem;
- Apreciar as propostas e pedidos dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos de enfermagem do ambulatório;
- Promover e estimular a Educação Continuada dos profissionais da enfermagem;
- Planejar e dirigir os trabalhos da equipe de enfermagem do ambulatório, organizando e controlando os programas em execução;
- Verificar o registro na ficha de gastos da utilização de materiais e medicamentos ocorridos nos atendimentos do ambulatório;
- Supervisionar o atendimento da pré-consulta pela equipe da enfermagem;
- Avaliar resultados dos programas implementados no ambulatório para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias;
- Monitorar o desempenho dos profissionais de enfermagem do ambulatório, por meio de indicadores de qualidade;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.
- Cumprir as demais atribuições da categoria elencadas no Regulamento Interno da Divisão de Enfermagem;
- Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Técnicos e Auxiliares de Enfermagem nas Unidades afins, seguindo a filosofia da Divisão de Enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Administrar o quadro de pessoal de enfermagem, contemplando, dimensionando, e substituindo conforme bloco de cobertura ou em demais áreas, para realizar a manutenção de escalas;
- Garantir a aplicação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o código de ética vigente;
- Elaborar e aprovar a escala mensal de folga junto a coordenação ambulatorial;
- Participar das reuniões científicas e administrativas e passar as informações devidas às equipes de trabalho;
- Encaminhar escala de férias anual com a devida cobertura, citada no documento;
- Comunicar ausência de funcionários para lançamento correto do controle da unidade;
- Escalar os funcionários para as Atividades de Educação em Serviço programadas pela instituição;
- Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das unidades afins;
- Elaborar diagnóstico situacional de enfermagem e plano de intervenção com cronograma de execução da sua unidade de gerenciamento;
- Incentivar e facilitar a participação da equipe de enfermagem sob sua supervisão em projetos culturais e científicos;
- Participar do processo de previsão orçamentária da unidade;
- Realizar reuniões semanais com a equipe de sua unidade, repassando as informações e orientações necessárias para o setor;
- Criar os indicadores de qualidade em enfermagem e propor medidas de intervenção nas unidades sob sua responsabilidade;
- Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de Enfermagem;
- Zelar pela organização e limpeza da unidade;
- Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário;
- Fazer a escala de distribuição de serviço para a equipe de enfermagem, considerando as condições dos clientes, a legislação e as competências da categoria profissional;
- Prestar assistência ao cliente, respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Realizar privativamente os procedimentos de alta complexidade estabelecidas em protocolos e pelo conselho de classe;
- Realizar e estimular palestras e orientações em Sala de Espera;
- Supervisionar o suprimento de materiais e providenciar a reposição;
- Emitir pareceres de materiais permanentes e de consumo testados na Unidade;
- Participar em projetos de construção ou reforma da área física da Unidade Ambulatorial junto com a equipe de enfermagem;
- Conferir os materiais utilizados em emergência (laringoscópio, materiais para intubação traqueal e desfibrilador) no início de cada plantão e sempre que necessário;
- Acompanhar os clientes de médio e alto risco seguindo o Manual de intercorrências do Mapeamento de Processos no 18.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em enfermagem com registro ativo no COREN;
- Desejável experiência profissional na função;
- Especialização e /ou aprimoramento em urgência e emergência;

COORDENADOR OPERACIONAL TIPO DE
SERVIÇO: Urgência e Emergência SUPERIOR
IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto

RESUMO DO CARGO

Responsável pelos processos administrativos e operacionais da Unidade e de todas as rotinas administrativas nos controles de produção, nas agendas dos profissionais, na assistência aos colaboradores nas questões relacionadas à férias, cartão de ponto e saídas, garantindo a qualidade das ações realizadas na Unidade. Gerenciamento dos contratos com terceiros.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar assistência aos demais colaboradores da Unidade em relação à área administrativa, através de elaboração de planilhas, envio de emails, agendamento de compromissos;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Analisar as planilhas referentes ao fechamento mensal da Unidade com todos os procedimentos realizados, e encaminhando aos responsáveis pelo faturamento;
- Alimentar diariamente as planilhas, visando manter atualizados todos os procedimentos realizados pela unidade;
- Atendimento aos clientes e fornecedores internos e externos através do recebimento de materiais, atendimento telefônico e via email;
- Monitorar o banco de horas dos colaboradores da Unidade através do acompanhamento dos cartões de ponto e elaboração do fechamento do mês para envio ao Departamento de Administração de Pessoal no prazo correto e na programação de férias;
- Enviar diariamente escala médica e produção do dia anterior para os respectivos responsáveis, visando manter atualizados os setores de planejamento e informação;
- Controlar o patrimônio da Unidade realizando vistorias e alertas aos colaboradores para manter o patrimônio bem conservado;
- Solicitar manutenção em geral e compras através do sistema, visando o abastecimento da Unidade e o controle das obras a serem realizadas;
- Recebimento e envio de correspondências físicas e eletrônicas através do email corporativo e via malote;
- Controle de arquivo morto através do envio de documentos para a guarda em empresa especializada.

REQUISITOS DO CARGO

- Estar cursando nível superior ou ter concluído nas áreas de Administração, Administração Hospitalar, Gestão de Processos ou áreas afins;
- Conhecimentos do pacote Office e Internet;
- Experiência na área administrativa e/ou atendimento ao cliente.

DIRETOR TÉCNICO – RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/ Secretario de Saúde

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

RESUMO DO CARGO

Responsável Técnico pelo Serviço e gerenciamento do corpo clinico. Realizar atendimentos médicos, compondo a equipe multiprofissional e participando de grupos terapêuticos. Participar do Planejamento Estratégico, coordenando juntamente com a Coordenadora de Enfermagem a confecção, aplicação, acompanhamento e atualização de todo o PROCESSO DE QUALIDADE, o que inclui os Protocolos de Atendimentos - Equipe Multiprofissional, indicadores hospitalares, planejamentos futuros, qualificação de toda equipe operacional.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Preparar e acompanhar todo o corpo clínico a fim de fornecer ao paciente atendimento médico de excelência, com segurança e envolvimento no seu cuidado, garantindo privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta ambulatorial, assumindo a responsabilidade sobre seus atos e atendendo fielmente ao postulado no Código de Ética Médica;
- Elaborar e manter atualizado o prontuário do paciente, com os registros de acordo com os preceitos do CFM;
- Colaborar com a integração dos níveis de complexidade do Sistema de Saúde, elaborando adequadamente relatórios médicos destinados aos demais níveis e participando de reuniões clínicas ou de equipe, internas ou externas, quando deve fornecer opiniões médicas de acordo com sua especialidade/formação;
- Participar e coordenar a elaboração de protocolos de atendimento, baseando em diretrizes e consensos das respectivas sociedades de especialidades;
- Participar de reuniões administrativas internas ou externas, quando solicitado, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar o padrão técnico e operacional do estabelecimento;
- Participar direta ou indiretamente de comissões internas em que deva haver representantemédico.

REQUISITOS DO CARGO

- Superior completo em Medicina, com registro ativo no conselho de classe;
- Residência Médica e/ou especialização;
- Pós Graduação em Gestao Hospitalar/Saúde.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

MÉDICO - RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/Gerente Ambulatorial

RESUMO DO CARGO

Responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços na instuição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Cientificar à diretoria da OS das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina;
- Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduado em Medicina, com especialidade reconhecida pelo Ministério da Educação;
- Inscrito no Conselho Regional de Medicina e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- CRM ativo;
- Ética e disciplina.

SECRETÁRIO DE SAÚDE AMBULATORIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável pelo registro, planejamento e controle da área administrativa, realizando requisições necessárias dentro da unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- Controlar agenda de compromissos;
- Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes à Unidade;
- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter os arquivos atualizados;
- Manter os armários organizados;
- Executar os serviços de digitação da Unidade;
- Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia da Unidade;
- Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
- Participar da organização de eventos;
- Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estada dos componentes da Unidade para eventos externos;
- Digitar os relatórios elaborados pela Chefia da Unidade, Técnicos Responsáveis e Conselho Gestor;
- Participar de reuniões e elaborar as atas da Unidade;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Conferir agenda e comunicar as atividades do dia à Chefia da Unidade;
- Checar os e-mails da caixa de entrada da Unidade;
- Planejar e organizar eventos;
- Solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor (Ambulatório e Enfermaria).

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em nível médio completo;
- Informática (excel, powerpoint, internet, outlook e outros);
- Habilidade em comunicação vernácula;
- Organização.

ENFERMEIRO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador de Enfermagem

RESUMO DO CARGO

Responsável por observar, analisar gerenciar a equipe de enfermagem com conhecimento teórico e prático, visando a melhor conduta ao usuário, garantindo, assim o melhor atendimento na unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coordenar e orientar a equipe de enfermagem por meio de acompanhamento diário dos procedimentos/ condutas propondo, quando necessário, melhorias das técnicas utilizadas e relatando no sistema a produtividade diária e as orientações propostas;
- Prestar atendimento de urgência e emergência aos pacientes de, alta, média e baixa complexidade assegurando a assistência de enfermagem humanizada, através da conscientização e aplicação de técnicas atualizadas;
- Realizar o protocolo Manchester para melhor avaliação e conduta, assegurando ao usuário um melhor atendimento;
- Elaborar as escalas da equipe de enfermagem de acordo com a necessidade dos setores;
- Checar diariamente os setores; acolhimento, sala de medicação, sala de curativo, observação adulto/infantil e emergência, visando manter os setores organizados, supervisionando o cronograma e a realização da limpeza;
- Supervisionar as datas de vencimentos dos medicamentos/ matérias médico hospitalares nos setores de responsabilidade da enfermagem e no carro de parada;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Autorizar e liberar os materiais e medicações para os setores da enfermagem realizando o controle dos mesmos;
- Controlar e realizar as notificações compulsórias e de acidentes/ violência;
- Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem seguindo rigorosamente a legislação conforme determinação do COREN;
- Garantir na passagem de plantão descrição de ocorrências em livro próprio;
- Acompanhar a visita de fiscalização do COREN e demais órgãos oficiais na ausência do enfermeiro responsável técnico.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em enfermagem com registro ativo no COREN;
- Desejável experiência profissional na função;
- Será considerado um diferencial, especialização e /ou aprimoramento em urgência e emergência.

FARMACÊUTICO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/ Coordenador Técnico/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável pelo controle da Farmácia da Unidade de atuação visando a dispensação e o uso correto do medicamento e a eficácia do tratamento adotado através da atenção farmacêutica assim como é responsável pelo processo de Padronização dos Antibióticos, Qualidade e Assistência em Geral.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Assegurar que as normas de assistência farmacêutica sejam cumpridas mediante legislação vigente;
- Liderar a equipe de Auxiliares de Farmácia monitorando as ações e capacitando- os para as realizações inerentes ao cargo;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Participar ativamente junto às equipes multidisciplinares visando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e orientações técnicas voltadas ao paciente visando maior adesão ao tratamento farmacoterápico;
- Elaborar relatórios técnicos com informações referentes ao serviço de farmácia;
- Orientar tecnicamente pacientes e outros profissionais quanto ao uso racional de medicamentos e materiais médicos visando a eficácia do tratamento e utilização adequada dos insumos;
- Garantir a efetividade no controle de estoque através de inventários periódicos e das ferramentas fornecidas pelo sistema de gestão de saúde;
- Monitorar as receitas emitidas no Programa remédio em casa através da conferência com base no sistema de gestão em saúde;
- Controlar os estoques levando em consideração o número de itens e o sistema informatizado.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em Farmácia, com registro ativo no conselho regional (CRF);
- Experiência profissional na função - mínimo 2 anos.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável pelo registro e controle da contagem dos procedimentos médicos radiológicos e laboratoriais, visando o faturamento diário dos serviços de saúde, dentro da unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Receber as fichas de atendimento prestados no dia e registrar em formulário específico os procedimentos tais quais; medicação, exames radiológicos, laboratoriais a fim de registrar a produção diária da Unidade;
- Separar e contar as fichas de atendimento para análise e avaliação do responsável técnico ou supervisor;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Receber e efetuar ligações da Unidade direcionando-as corretamente;
- Arquivar as fichas de atendimento e documentos referentes à enfermagem visando manter um arquivo eficiente e dinâmico;
- Preparar as salas de reuniões e controlar as reservas para utilização através de planilha de controle;
- Controlar e conferir a relação dos protocolos de exames realizados na Unidade através de análise da planilha enviada;
- Prestar todo apoio administrativo na elaboração dos trabalhos diversos conforme demanda da Unidade.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público;
- Conhecimentos do pacote Office.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Enfermeiro

RESUMO DO CARGO

Garantir e prestar assistência de enfermagem humanizada para complementar a qualidade no tratamento dos usuários da Urgência e Emergência.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar assistência humanizada, segura e individualizada sob supervisão do enfermeiro através dos conhecimentos técnicos adquiridos com a finalidade de garantir a qualidade do serviço prestado;
- Orientar usuários sobre informações relativas à higienização, alimentação, utilização de medicamentos através da promoção da saúde, visando a prevenção de doenças e recuperação dos usuários;
- Executar limpeza, desinfecção e esterilização de materiais através de procedimentos específicos na central de materiais com a finalidade de garantir procedimentos estéreis e seguros;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Auxiliar o Enfermeiro no atendimento de urgência e emergência conforme técnicas e procedimentos padrão adquiridos na unidade a fim de agilizar o atendimento e prevenir maiores danos ao usuário;
- Realizar diversos tipos de conferência tais quais: os cilindros de oxigênio e ar comprimido, psicotrópicos de uso emergencial, equipamentos calibráveis da unidade visando manter o setor organizado;
- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Divisão de Enfermagem;
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela Instituição;
- Comunicar ao enfermeiro, sua chefia imediata, quaisquer inconformidades ocorridas na Unidade, sejam administrativa e/ou assistencial;
- Estimular o cliente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação), realizando para ele os procedimentos que ele não tem capacidade, competência ou recusa a fazê-lo;
- Ofertar alimentos via oral e enteral;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
- Oferecer apoio psicológico aos clientes e familiares;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente e zelar por sua segurança;
- Zelar pela limpeza, organização e conservação de equipamentos e outros materiais de bens da unidade;
- Prestar cuidados de enfermagem no pré e pós-procedimentos operatórios e diagnósticos;
- Executar os POPs, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente e descritos no livro institucional "Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem", tais como: Administrar medicamentos por via oral, enteral e parenteral;
- Realizar curativos de feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres intravasculares centrais e periféricos, traqueostomia e feridas crônicas superficiais e sem complicações;
- Quantificar e registrar débito de sondas, drenos e coletores;
- Coletar amostra de material para exames laboratoriais;
- Instalar dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Participar de atividades de educação em saúde, conforme programação do Serviço de Educação e Pesquisa em Enfermagem;
- Executar os trabalhos de rotina vinculados à admissão, transferência e alta de clientes;
- Participar no planejamento, execução e avaliação do transporte intra-hospitalar de baixo, médio e de alto risco;
- Atender aos chamados dos clientes e dos acompanhantes;
- Anotar no prontuário do cliente (impresso ou eletrônico) os cuidados de enfermagem prestados, as orientações feitas e a presença de intercorrências, com precisão, objetividade e clareza;
- Prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos familiares de clientes durante as visitas;
- Manter vigilância permanente aos clientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;
- Cumprir as demais atribuições da categoria elencadas no Regulamento Interno da Divisão de Enfermagem;
- Realizar palestras e orientações em Sala de Espera;
- Observar e cumprir o código de ética de enfermagem, e Regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em Técnico de Enfermagem, com COREN ativo no ato da inscrição;
- Desejável experiência na função, mínimo 2 anos.

AUXILIAR DE FARMÁCIA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Farmacêutico

RESUMO DO CARGO

Responsável por dispensar os insumos aos usuários e para as salas de atendimento da Urgência e Emergência bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz e humanizado.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Dispensar medicamentos para os usuários, através da análise de receituário, visando à eficácia do tratamento;
- Dispensar materiais médicos hospitalar para enfermagem através de requisições internas, visando o abastecimento da unidade;
- Recebimento e conferência de medicamentos e materiais médicos hospitalar por meio de nota fiscal;
- Realizar inventário físico mensal analisando o estoque e mantendo o controle dos medicamentos;
- Controlar via sistema o armazenamento adequado desse material a fim de controlar os prazos de validade dos insumos;
- Organizar a farmácia e o almoxarifado de forma lógica, conforme, Procedimentos Operacionais Padrão (POP) aplicados em forma de treinamento;
- Checar validade, ordem nas prateleiras identificação de medicamentos e materiais conforme Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Farmácia e Almoxarifado;
- Responder pela organização do arquivo de receitas atendidas diariamente, notas fiscais, requisição de medicamento / material médico hospitalar para enfermagem e registro de temperatura.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável curso técnico de farmácia;
- Caso não tenha o curso técnico é necessário ter experiência na função, mínimo 2 anos;
- Conhecimentosdeinformática.

RECEPCIONISTA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Responsável por recepcionar todos os usuários através de um atendimento humanizado, visando controlar e organizar os registros de atendimento a fim de formalizar os dados para controle administrativo.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Realizar abertura da ficha de atendimento – preencher e confirmar os dados cadastrais do usuário através do sistema;
- Controlar todos os exames solicitados pelo médico aos usuários, através do registro no sistema;
- Orientar os usuários sobre os endereços das unidades do SUS;
- Fornecer documento ao paciente (cartão SUS e comprovante de horas);
- Registrar e finalizar o atendimento ao usuário através da baixa no sistema;
- Controlar diariamente a entrada dos médicos, através de formulário;
- Realizar atendimento telefônico sempre que necessário.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência prévia em atendimento ao público;
- NoçõesdopacoteOffice–internet–sistemas.

PSICOLOGO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Diagnosticar, prevenir e tratar doenças mentais, transtornos de humor e de personalidade. Estuda, estuda e avalia o desenvolvimento emocional e os processos psicológicos e sociais de indivíduos, grupos e instituições e esclarece conflitos no processo de tratamento.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Assistir o paciente e sua família nas angústias, ansiedades, e a todas as situações emocionais, como a internação e doenças relacionadas;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Realizar avaliação diagnóstica em Psicologia;
- Dar apoio emocional mediante condutas pré e pós-cirúrgicas, procurando amenizar os sintomas de angústia, medo e tensão, implícitas aos fatores emocionais da própria cirurgia;
- Acolhimento à família na comunicação de más notícias em um contexto de apoio e humanização pela equipe de assistência;
- Proporcionar o suporte emocional ao paciente e sua família nos cuidados paliativos;
- Transmitir as informações ao paciente e sua família junto aos profissionais, respeitando a individualidade de cada um, em uma comunicação clara e objetiva, diante do contexto multiprofissional;
- Realizar intervenções direcionadas à relação equipe-paciente-família;
- Orientar o paciente e sua família, facilitando a compreensão no comprometimento aos processos assistências e melhor adesão aos mesmos;
- Participação com a equipe multiprofissional na visita de leito com orientações que visem ajudar o paciente e a família a compreender, cooperar e aderir ao tratamento proposto;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da psicologia;
- Elaborar, implantar e avaliar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas afetos aos cuidados desenvolvidos pela psicologia;
- Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente da própria equipe e das equipes multiprofissionais;
- Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
- Realizar atendimentos psicológicos à pacientes e familiares que apresentam demanda para avaliação e acompanhamento psicológico, de acordo com os critérios para acompanhamento dentro do âmbito da psicologia hospitalar de atendimento a nível terciário.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduação em Psicologia;
- Inscrito no respectivo Conselho de Classe e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- Habilidade Verbal;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Habilidade Empática e Acolhimento.

ASSISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável por coletar, preparar, organizar e executar serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos. Apontamento em folhas de ponto.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Gerenciar e planificar a gestão de salários e benefícios;
- Realizar processo seletivo;
- Planejamento de carreiras;
- Resolver conflitos;
- Fazer leitura de dados e cruzamentos de números para obter informações estratégicas;
- Elaborar programa de treinamento;
- Implementar avaliações de desempenho;
- Desenvolvimento de equipes;
- Resolver duvidas dos colaboradores a cerca da empresa.
- Controlar a presença e frequência dos colaboradores através da folha de ponto, efetuar apontamento de folga, banco de horas, saídas e registrar atestado garantindo a veracidade;
- Desenvolver atividades referente a: férias, rescisão contratual e homologação;
- Auxiliar na folha de pagamento fornecendo dados relevantes (ausências, bônus, licenças etc.);
- Realizar escalas mensais (Higiene, Cozinha, Portaria e Recepção).

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência prévia em recursos humanos;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Noções do pacote Office.

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsáveis nos processos da área administrativa, auxiliando na organização de arquivos, controle de correspondências, emissão ou lançamento de nota fiscal, elaboração de planilhas e relatórios gerenciais.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Acompanhamento e controle das rotinas de trabalho da unidade;
- Auxiliar o gestor e líderes na condução dos processos operacionais e na interface com demais setores da unidade e como o público externo;
- Supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas da Unidade Ambulatorial;
- Avaliar e acompanhar, em conjunto com o chefe da Unidade Ambulatorial, os desempenhos funcionais e as taxas de absenteísmos dos profissionais;
- Organizar e acompanhar os pedidos de manutenções preventivas dos equipamentos da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar, no âmbito da Unidade Ambulatorial, o planejamento, a logística e a manutenção de tecnologias e insumos hospitalares;
- Auxiliar com fornecimento de subsídios necessários para aquisição de bens, serviços e insumos no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Mapear, monitorar e acompanhar os custos da Unidade Ambulatorial;
- Acompanhar o faturamento ambulatorial e apresentar relatórios periódicos ao chefe da Unidade Ambulatorial;
- Zelar pelo patrimônio da Unidade Ambulatorial;
- Assessorar gerentes e líderes com questões práticas da rotina de trabalho, como preparar documentos, prestar informações ao público, responder e-mails;
- Organização de arquivos.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento em Pacote Office;
- Agilidade;
- Proatividade;
- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público.

APOIO ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Executar serviços de suporte no setor em que estiver lotado, seja por meio de digitação de dados, atendimento ao público interno e externo ou demais tarefas que lhe forem atribuídas pelo superior imediato.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar informações de sua competência técnica ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa;
- Acompanhar o quadro de servidores lotados na Unidade Ambulatorial, controlando as faltas, horas extras, absenteísmo, folgas e cadastro de pessoal;
- Elaborar e atualizar as escalas diárias de serviços;
- Fornecer, mensalmente, à administração da Unidade Ambulatorial, os desempenhos funcionais e as taxas de absenteísmos dos profissionais lotados na Unidade Ambulatorial;
- Homologar férias no sistema;
- Solicitar materiais e insumos para suprir as necessidades da Unidade Ambulatorial;
- Realizar o controle patrimonial da Unidade Ambulatorial;
- Solicitar manutenção de equipamentos e predial;
- Auxiliar no inventário periódico do almoxarifado e das farmácias ambulatoriais;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Redigir expedientes administrativos (ofícios, memorandos, comunicados, avisos, atas, e-mails e correspondências diversas) de acordo com as normas e instruções de comunicação oficial;
- Conferir protocolos e distribuir correspondências, espelho de ponto, requerimentos diversos, bem como controlar a movimentação e responsabilidade pela remessa dentro do prazo previsto;
- Elaborar relatórios;
- Atualizar a estatística ambulatorial de acordo com os reportes recebidos pelos profissionais da Unidade Ambulatorial;
- Realizar a gestão dos consultórios, identificando-os quando necessário;
- Receber da Direção Clínica as perícias médicas, entregar na ala interna, recolher e devolver à Direção Clínica;
- Acompanhar o faturamento ambulatorial e apresentar relatórios periódicos ao chefe da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar no processo de previsão orçamentária da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar na implantação de indicadores ambulatoriais com o objetivo de aferir a eficiência operacional e a racionalização do uso dos recursos financeiros;
- Executar outras atividades correlatas de acordo com a necessidade de serviço e/ou determinação da chefia;
- Zelar pelo patrimônio da Unidade Ambulatorial.

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento em Pacote Office;
- Agilidade;
- Proatividade;
- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público.

ASSISTENTE SOCIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

RESUMO DO CARGO

Formula e implementa políticas públicas e planos sociais em nível coletivo e promove a integração dos indivíduos na sociedade. Oferece serviços sociais e aconselha indivíduos, famílias, comunidades e instituições sobre direitos e obrigações, recursos sociais e programas educacionais.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis;
- Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados.

REQUISITOS DO CARGO

- Ser graduado em Serviço Social;
- Inscrito no respectivo Conselho de Classe e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- Registro no CRESS;
- Ter o perfil necessário para o dia a dia da profissão;
- Ser atualizado em assuntos relacionados a políticas públicas e direitos e deveres civis.

AUXILIAR DE LIMPEZA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional/Enfermeira Coordenadora

RESUMO DO CARGO

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Este profissional desempenha o importante papel de assegurar um ambiente com qualidade de vida sem oferecer riscos a saúde humana. Contribui com a correta limpeza e desinfecção das diversas áreas do estabelecimento de saúde. Responsável por dispensa os insumos aos usuários e para a as salas de atendimento da Urgência e Emergencia bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz e humanizado.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coletar resíduos sólidos;
- Coletar roupas sujas das unidades e manejar Pampers;
- Higienizar todos os equipamentos/coletores de resíduos;
- Higienizar, conforme treinamento, diversas áreas do hospital/equipamento de saúde;
- Manter limpo e organizado todos os equipamentos de trabalho assim como todos os ambientes de guarda destes equipamentos;
- Abastecer todos os dispensadores de papel toalha, papel higiênico, sabonete liquido e álcool em gel.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável experiencia na área hospitalar a dois anos;
- Desejávelconhecimentodeinformática.

AUXILIAR DE COZINHA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional/Nutricionista

RESUMO DO CARGO

O auxiliar de cozinha é o profissional da Gastronomia responsável pelas etapas iniciais da preparação dos alimentos em cozinhas industriais. Suas funções vão desde a higienização, até a ajuda no preparo e elaboração de pratos e refeições. Suas ações são para dar apoio e suporte ao chef de cozinha e demais cozinheiros.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Ter habilidade com utensílios de cozinha, principalmente os cortantes, como facas;
- Diariamente auxilia na preparação de alimentos;
- Faz a higienização do local, dos pratos, talheres, panelas, mesas, balcões, cubas e do maquinário;
- Semanalmente faz uma faxina mais intensa na área, equipamentos e instalações;

REQUISITOS DO CARGO

- Experiência anterior na função;
- Curso na área será um diferencial;
- Ensino médio completo.

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO TIPO DE
SERVIÇO: Urgência e Emergência SUPERIOR
IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

É o responsável por controlar e supervisionar a execução de atividades operacionais e estratégicas administrativas definidas pela empresa, supervisionando os colaboradores responsáveis pelas mesmas e levando informações para a gerência.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Elaboração de relatórios gerenciais;
- Realização de reuniões;
- Monitoramento de metas de equipe;
- Monitoramento do cumprimento de prazos;
- Análise de indicadores;
- Elaboração e alimentação de planilhas de controle;
- Funções operacionais de maior complexidade da área.

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento do pacote office;

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

- Experiência anterior na função de no mínimo 1 ano;
- Superior completo em Administração e áreas correlatas.

SUPERVISOR FINANCEIRO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral

RESUMO DO CARGO

Elabora orçamentos e demonstrativos financeiros e econômicos, projeta receitas, coleta dados da empresa, compara valores estimados com realizados, analisa objetivos e metas definidas. Administra recursos financeiros e desenvolve relacionamento com instituições financeiras.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Conduzir o planejamento financeiro da empresa analisando seu desempenho e riscos;
- Manter constante conhecimento da posição financeira da empresa e agir para prevenir problemas;
- Estabelecer e supervisionar o sistema de TI da empresa;
- Definir objetivos e supervisionar todo o pessoal de contabilidade e finanças (contadores, auditores internos, etc.);
- Supervisionar todas as auditorias e operações de controle internas;
- Desenvolver a estratégia corporativa de captação de recursos e gerenciar relacionamentos com parceiros e investidores;
- Preparar relatórios anuais e trimestrais de desempenho financeiro detalhados e dentro do prazo;
- Realizar análises para fazer previsões e reportá-las aos altos dirigentes;
- Garantir aderência às leis e diretrizes financeiras.

REQUISITOS DO CARGO

- Uma mentalidade analítica com habilidade estratégica;
- Excelentes habilidades organizacionais e de liderança;
- Experiência anterior na função de no mínimo 1 ano;
- Graduação/estar cursando Ciências Contábeis, Administração ou Gestão em Finanças.

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

CONTROLADOR DE ACESSO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

É responsável pelo controle de entrada e saída de pessoas e prestadores de serviço no local, monitora câmeras.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Controle do movimento de pessoal nas áreas aos quais o profissional é responsável
- Controle da entrada e saída de veículos dentro do local protegido;
- Identificação e combate atividades potencialmente estranhas nos locais determinados;
- Encaminhamento de pessoas para os lugares corretos;
- Zelo pela qualidade dos serviços;
- Prestação de informações, quando solicitadas e não sigilosas.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino médio completo;
- Experiência na função;
- Curso será considerado diferencial.

AJUDANTE GERAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coord. Operacional/Nutricionista/Coord. Enfermagem.

RESUMO DO CARGO

Este profissional desempenha o importante papel de assegurar um ambiente com qualidade de vida sem oferecer riscos à saúde humana. Contribui com a correta limpeza e desinfecção das diversas áreas do estabelecimento de saúde. Responsável por dispensa os insumos aos usuários e para a as salas de atendimento da Urgência e Emergencia bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

e humanizado. E em casos de férias no setor da Cozinha, realizará cobertura onde o profissional é responsável pelas etapas iniciais da preparação dos alimentos em cozinhas industriais. Suas funções vão desde a higienização, até a ajuda no preparo e elaboração de pratos e refeições. Suas ações são para dar apoio e suporte ao chef de cozinha e demais cozinheiros.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coletar resíduos sólidos;
- Higienizar todos os equipamentos/coletores de resíduos;
- Higienizar, conforme treinamento, diversas áreas do hospital/equipamento de saúde;
- Manter limpo e organizado todos os equipamentos de trabalho assim como todos os ambientes de guarda destes equipamentos;
- Abastecer todos os dispensadores de papel toalha, papel higiênico, sabonete liquido e álcool em gel;
- Limpar área de observação e emergência dos pacientes após alta, retirando lixos, limpando vidros etc;

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável experiencia na área hospitalar a dois anos;
- Desejável conhecimento de informática.

28. TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade implica na obrigação de não utilizar, explorar, revelar, divulgar ou repassar informações e conhecimentos a terceiros não envolvidos no contrato, sem prévia autorização expressa, por escrito, dos seus detentores, bem como dos seus

EMPREGADORES.

29. FORMULÁRIOS

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Av. Robert Kennedy, 2.900 – Assunção – SBC – SP – CEP: 09860-214 - F: (11) 4353-3300
Site: www.santacasasbc.org.br
E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**CARTA DE ADVERTÊNCIA DISCIPLINAR**	

IImo (a) Sr(a):

Referente à: _____

Tendo em vista V. Sª. Ter cometido o(s) ato(s) de indisciplina e infringido o dispositivo legal da letra "**H**" do Artigo 482 da CLT- Consolidação das Leis do Trabalho, resolvemos aplicar-lhe como medida disciplinar a presente **CARTA DE ADVERTENCIA**, com o intuito de evitar a reincidência ou o cometido de outra(s) falta(s) de qualquer natureza prevista em lei que nos obrigará a tomar outras medidas cabíveis de acordo com a legislação em vigor.

DESCRIÇÃO:

Cidade,_____, de _____ de_____.

_____
Assinatura do(a) Empregador(a)

Cliente do(a) Empregado(a):

_____

Assinatura do(a) Empregado(a)

_____

1ª Testemunha

_____

1ª Testemunha

Para seu conhecimento, transcrevemos abaixo o Artigo 482 da CLT:
Art. 482 – Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:
a)ato de improbidade;
b)incontinência de conduta ou mau procedimento; (conduta incabível)
c)negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, quando constituir ato de concorrência á empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço;
d) condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
e)desídia no desempenho das respectivas funções;
f) embriaguez habitual ou em serviço;
g)violação de segredo da empresa;
h) ato de indisciplina ou de insubordinação;
i) abandono de emprego;
j) ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legitima defesa, própria ou de outrem;
k) ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legitima defesa, própria ou de outrem;
l) pratica constante de jogos de azar.
Parágrafo único- Constitui igualmente justa causa para dispensa de emprego a pratica, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios contra a segurança nacional.

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AUTORIZAÇÃO BANCO DE HORAS**	

FORMULÁRIO	
UNIDADE:	
COLABORADOR (A):	
FUNÇÃO	
GESTOR:	**FUNÇÃO:**

A autorização do Banco de Horas está em conformidade com a Política de Jornada e, caso não esteja, estou ciente de que, em sendo identificada irregularidade, poderá haver penalidade na forma da legislação trabalhista.

Em caráter de exceção e por necessidade do negócio, fica autorizado o colaborador acima identificado (a) a **realizar banco de horas.**

DATA	HORÁRIO	QUANT.HORAS

Tenho ciência de que a jornada poderá ser compensada em até 6 meses, data em que se encerra o período de apuração de banco de horas.

Estou ciente de que a jornada de trabalho no dia seguinte deverá respeitar um intervalo mínimo de 11 horas e em casos de escala segue a regra do descanso por 36 horas a cada 12 horas trabalhadas.

Justificativa da necessidade de realização de hora extra:

Em ____/____/____

_____ Gestor

_____ Colaborador

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**	

DADOS GERAIS	
Nome do Avaliado:	Cargo:
Função:	Admissão:
Data Avaliação:	Escolaridade:
Gerência/Superior Imediato:	

Relacionamos abaixo competências desejáveis à função. Sendo assim, indicar somente uma pontuação conforme a legenda abaixo.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

Marque uma única pontuação por item:
1- Competência Não Desenvolvida;
2- Competência Parcialmente Desenvolvida;
3- Competência Totalmente Desenvolvida.

REQUISITOS		**PONTUAÇÃO**		
		LID	AUT	MED
Competência Técnica	**Definição**			
HABILIDADE	Capacidade ter o conhecimento gerando resultados e resolver situações, conflitos.	1	1	4
CONHECIMENTO TÉCNICO	Domínio teórico e experiência no trabalho executado	2	1	2
AGILIDADE	Desenvoltura X Rapidez no desempenho de suas funções	1	1	
SEGMENTOS TÉCNICOS	Está comprometida com os projetos institucionais, cumprindo as normas legais e metas estabelecidas.	2	1	
PREVENÇÃO DE ACIDENTES	Realiza o uso adequado de EPI's quando necessário a fim de prevenir acidentes.	1	1	
ATENÇÃO	Cautela, concentração visual e mental para não gerar erros nas tarefas sob sua responsabilidade.	2	1	
ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO	Organização no trabalho, administrando prazos, rotinas, solicitações e prioridades.	1	1	
CCIH	Hábitos corretos dentro das normas do controle de infecção Hospitalar	2	1	
PROCEDIMENTO ENFERMAGEM	Efetua procedimento de enfermagem, dentro de suas competências técnicas e legais, nos diferentes ambientes, quando indicado e necessários.	1	1	
ATIVIDADES INTEGRAL À SAÚDE	Realiza e participa de atividades de atenção integral à saúde, tanto individual quanto em grupo e com questões prioritárias.	2	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

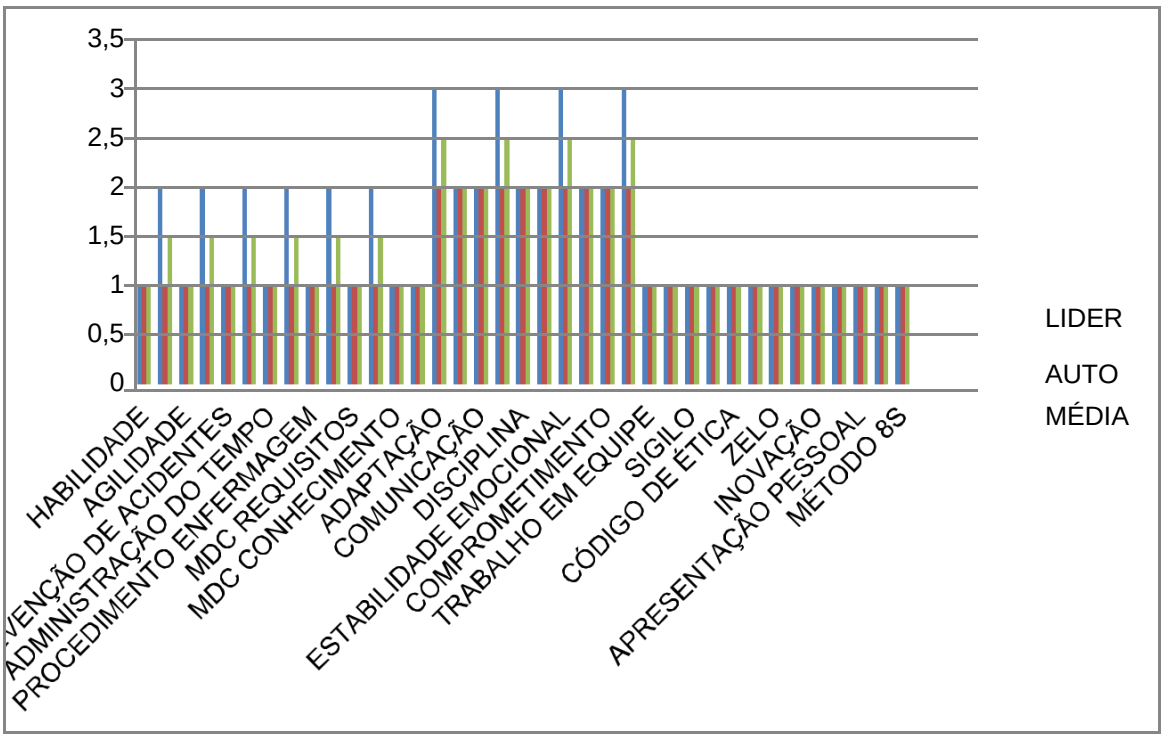
MDC REQUISITOS	Atende plenamente aos requisitos do Manual Descrição de Cargos.	1	1	
MDC HABILIDADE	Atende apenas o requisito Habilidades.	2	1	
MDC CONHECIMENTO	Atende apenas o requisito Conhecimentos.	1	1	
SEGURANÇA DO PACIENTE	Conhece/se baseia/ aplica/desenvolve - hábitos na qual atenda as expectativas e necessidade do paciente	1	1	

	REQUISITOS	**PONTUAÇÃO**		
		LID	AUT	MED
Comportamental	**Definição**			
ADAPTAÇÃO	Capacidade de reinventar diante de diversos cenários em relação ao trabalho	3	2	2,5
APRENDIZAGEM	É consciente da importância de suas funções e compromete com o seu trabalho e se responsabilize pelo que faz.	2	2	2
COMUNICAÇÃO	Possui clareza e objetividade na emissão na forma de se comunicar, onde se dá o entendimento da informação completo.	2	2	2
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Compromete-se ao desenvolvimento profissional, onde tem como dever e/ou atribuição estar atualizado.	3	2	2,5
DISCIPLINA	Cumprimento de responsabilidades e respeito diante a hierarquia	2	2	2
EMPATIA	Capacidade de se colocar no lugar do outro e de tratar as pessoas como gostaria de ser tratado.	2	2	2
ESTABILIDADE EMOCIONAL	Capacidade de reagir com controle nas diversas situações de trabalho que envolvam imprevistos, pressão e conflitos.	3	2	
INICIATIVA / INTERESSE	Disposição em tomar frente a algo, apresentando melhorias, estratégias.	2	2	
COMPROMETIMENTO	Compromisso com a empresa, disponibilidade e boa vontade.	2	2	
CAPACIDADE DE LIDAR COM NOVAS SITUAÇÕES	Reagem de forma positiva com mudanças estratégicas, procedimentos mostrando facilidade no processo.	3	2	
TRABALHO EM EQUIPE	Interage com a equipe buscando alternativas de melhorias e atitudes coorporativas.	1	1	
QUALIDADE	Realiza a atividade de forma completa, atendendo aos padrões de qualidade e produtividade esperados.	1	1	
SIGILO	Mantém em sigilo informações e atividades que lhe são confiadas.	1	1	
CAPACIDADE DE ANÁLISE	Refletir e compreender questões de seu campo profissional e estabelecer padrões para responder aos desafios e resolução de problemas, a fim de assumir decisões dentro do seu limite.	1	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

CÓDIGO DE ÉTICA	Esta em conformidade com o Código de Ética (sigilo, moralidade, integridade, educação e etc).	1	1	
CRESCIMENTO	Trabalhar a fim de desenvolver competências existentes em um nível superior	1	1	
ZELO	Zela pela conservação do patrimônio público e evita desperdício de material.	1	1	
	REQUISITOS	**PONTUAÇÃO**		
		LID	AUT	MED
Comportamental	**Definição**			
PONTUALIDADE / ASSIDUIDADE	Cumpre a jornada de trabalho conforme escala, compromisso com a organização e justifica qualquer impontualidade.	1	1	
INOVAÇÃO	Concentra-se nos compromissos de desempenho, contribui com ideias e sugestões para a obtenção de resultados satisfatórios, tendo sempre em mente os objetivos traçados.	1	1	
RELACIONAMENTO INTER SETORIAL	Capacidade de interagir com a equipe, troca de experiências, sensações etc.	1	1	
APRESENTAÇÃO PESSOAL	Uso do crachá, uniforme e higiene pessoal.	1	1	
POLITICAS	A capacidade de comunicar eficazmente os valores e cultura do negócio	1	1	
MÉTODO 8S	Maneira como organiza atividades, local de trabalho e capacidade de cumprir com o 8S.	1	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br


3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
HABILIDADE
AGILIDADE
VENÇÃO DE ACIDENTES
ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO
PROCEDIMENTO ENFERMAGEM
MDC REQUISITOS
MDC CONHECIMENTO
ADAPTAÇÃO
COMUNICAÇÃO
DISCIPLINA
ESTABILIDADE EMOCIONAL
COMPROMETIMENTO
TRABALHO EM EQUIPE
SIGILO
CÓDIGO DE ÉTICA
ZELO
INOVAÇÃO
APRESENTAÇÃO PESSOAL
MÉTODO 8S
LIDER
AUTO
MÉDIA

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO**	

DADOS GERAIS	
NOME:	
SETOR:	
AVALIADOR:	DATA AVALIAÇÃO:

INSTRUÇÕES

01	Este formulário constitui a primeira avaliação de desempenho do novo colaborador.
02	O preenchimento deverá ser realizado junto ao estagiário, dedicando os feedbacks (positivos e/ou negativos) necessários.
03	Observe a data de devolução (2 dias após recebimento). O mesmo deve ser entregue ao RH, com a assinatura do colaborador e do líder que avaliou.

1. Assinale apenas 1 frase de cada item, em casos de não corresponderem às características, vale a que mais se aproximar, fornecendo maiores explicações no espaço reservado a "observações".

ADAPTAÇÃO AO TRABALHO	
	Possui um comportamento divergente ao solicitado e demonstra constata muitas dificuldades de aceitação das características da empresa.
	Necessita alterar suas características pessoais para integrar-se ao meio de serviço e aos requisitos da empresa. Tem feito o possível para integrar-se.
	Está identificado com as atividades do seu cargo, e integrou-se perfeitamente às normas e cultura da empresa.
OBS.:	

INTERESSE	
	Apresenta falta de entusiasmo e vontade de trabalhar, sem motivação.
	Tem-se impressão que futuramente necessitará de constantes estímulos para interessar-se por seu trabalho.
	Apresenta uma motivação adequada, onde mostra interesse ao emprego.
OBS.:	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO**	

RELACIONAMENTO SOCIAL	
	Sente-se ausente com a equipe na qual trabalha, parecendo não ter sido aceito.
	Está se dedicando para participar com a integração social do ambiente.
	Apresentou habilidade com a equipe, participa ativamente, mesmo com pouco tempo já se adaptou.
OBS.:	

CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM	
	Não possui a compreensão do ensinamento, parece não ter a mínima capacidade de aprendizado.
	Possui aprendizado à custa de grande esforço pessoal, sendo necessário repetir várias vezes.
	Possui aprendizado correto ao cargo, tendo como facilidade para aprender as novas atividades permitindo-lhe executar as tarefas sem falhas.
OBS.:	

2. Avalie juntamente com o Colaborador cada competência e habilidade abaixo, com a classificação indicada abaixo:

   (1) Abaixo do esperado: abaixo do desempenho esperado.
   (2) Dentro do esperado: correspondeu ao desempenho esperado.
   (3) Acima do esperado: superou ao desempenho esperado.

Competências/Habilidades		**Descrição**	**Auto Avaliação**	**Avaliação do Gestor**
Clima Comportamental	**Adaptabilidade às Mudanças**	Possuir fácil adaptação às mudanças propostas como, métodos, processos, ferramentas, equipamentos, etc.		
	Comunicação	Possuir uma boa maneira de se comunicar, passar informações de forma clara, objetiva e também capacidade de ouvir os outros contribuindo para atingir os objetivos.		
	Comportamento Ético	Possuir respeito ao próximo, integridade, impessoalidade nas ações e a valorização da cidadania e do bem público.		

	Relacionamento Interpessoal	Ter uma boa relação entre a equipe, clientes e/ou pacientes mantendo o local agradável e produtivo.		
	Organização do Tempo e Trabalho -	Considerar a assiduidade, ser pontual, entender quais são as prioridades e prazos para a realização das atividades.		
Perfil	**Flexibilidade**	Compreensão às novas situações de trabalho, podendo exercer múltiplas atividades.		
Pilar	**Comprometimento**	O esforço dentro da Organização, em meio de partilhar a cultura e valores entre equipe em busca do atingimento aos objetivos.		
	Trabalho em Equipe	Capacidade de interagir e contribuir no compartilhamento atividades, ideias, plano de trabalho etc.		
	Criação ou Inovação	Capacidade de inovar e/ou criar novas ideias, processos e fluxos no meio organizacional, na qual gera otimização nos processos.		
Trabalho	**Resolução de Problemas**	Capacidade de resolver problemas e/ou imprevistos, de forma eficaz..		
	Qualidade do trabalho	Capacidade de obter a qualidade de forma organizada, clara, consistente em qualquer atividade.		
	Aplicação do Conhecimento	Aplicar através da experiência, diferentes métodos, procedimentos, equipamentos e ferramentas, a fim de melhorar o desenvolvimento das atividades.		
	Capacitação e Desenvolvimento Profissional	Buscar qualificação e aprimoramento pessoal e profissional, com o objetivo de estimular a melhoria.		

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO**	

INFORMAÇÕES GERAIS
Principais qualidades:
Pontos de melhorias:
Ações que possam qualificar/estimular seu desempenho.

Biritiba Mirim, _____/_____/_____ _____ **ESTAGIÁRIO**	Biritiba Mirim, _____/_____/_____ _____ **AVALIADOR**	Biritiba Mirim, _____/_____/_____ _____ **RH E/OU DIRETORIA**

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA**	

DADOS GERAIS	
Nome do Avaliado:	Cargo:
Função:	Admissão:
Data Avaliação:	Escolaridade:
Gerência/Superior Imediato:	

OBJETIVO DA AVALIAÇÃO

I. Esta primeira avaliação tem como objetivo iniciar um processo de observação e análise do desempenho profissional, onde seu resultado depende a sua contratação ou desligamento definitivo da empresa.

II. O preenchimento deve ser feito junto com o novo colaborador, aproveitando a oportunidade para ceder o feedback, tanto os positivos quanto os negativos.

III. Observe a data de devolução, que é de até 2 dias após o recebimento. O mesmo deve ser entregue ao RH, com a assinatura do colaborador e do líder que avaliou.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

Marque com X uma única pontuação por item:

1. FLEXIBILIDADE/ADAPTAÇÃO - Comportamento e atitude com relação às normas e procedimentos.
☐ Mantém um comportamento oposto ao solicitado para o seu cargo e demonstra ter sérias dificuldades para cumprir as normas e procedimentos da empresa.
☐ Precisa modificar seu comportamento e suas atitudes para poder integrar-se ao trabalho e para seguir as normas da empresa.
☐ Tem feito o possível para cumprir as normas e regulamentos da empresa e, aos poucos, está adaptando-se ao trabalho.
☐ Suas características pessoais são incompatíveis aos requisitos do cargo e à cultura da empresa.
☐ Está plenamente identificado com as atividades do seu cargo, e segue corretamente as normas e regulamentos da empresa.

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA**	

2. INTERESSE E INICIATIVA - Entusiasmo demonstrado frente ao trabalho (comportamento e atitude).

- ☐ É indiferente. Demonstra uma falta total de entusiasmo e interesse pelo trabalho.
- ☐ Ainda necessita de constante estímulo. Pouca iniciativa e entusiasmo
- ☐ Iniciativa e entusiasmo adequados, considerando o seu pouco tempo de casa.
- ☐ Está vivamente interessado em seu novo emprego. Dedica-se ao trabalho com entusiasmo

3. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL - Integração do colaborador a equipe na qual se trabalha.

- ☐ Sente-se perdido entre os colegas, parece não ter sido aceito pelo grupo.
- ☐ Está, pouco a pouco, conseguindo integrar-se ao grupo, mas ainda tem dificuldade.
- ☐ Integrou-se bem com a maioria.
- ☐ Possui grande habilidade para conseguir amigos. Mesmo com pouco tempo de casa, todos gostam dele.

4. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM - Facilidade em perceber pontos importantesdaquilo que lhe está sendo ensinado.

- ☐ Tem dificuldade em compreender o que lhe é ensinado, parece não ter a mínima capacidade para o trabalho.
- ☐ Está conseguindo aprender o que lhe foi ensinado à custa de grande esforço pessoal. É necessário dar-lhe a mesma orientação várias vezes.
- ☐ Parece adequado ao cargo para o qual foi contratado. Aprende suas tarefas sem grandes dificuldades. Absorve bem a orientação que lhe é dada.
- ☐ Parece especialmente habilitado para o cargo em que está. A facilidade com que aprende seu trabalho permite-lhe executá-lo sem falhas.

5. FALTAS E ATRASOS - Responsabilidade quanto ao cumprimento de horário e jornada de trabalho.

- ☐ Por motivos não justificáveis tem faltado ou deixado de cumprir o horário.
- ☐ É um pouco relapso quanto ao cumprimento da jornada de trabalho.
- ☐ Suas faltas e atrasos foram plenamente justificados.
- ☐ Não tem faltado e cumpre o horário corretamente.

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**AVALIAÇÃO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA**	

INFORMAÇÕES GERAIS
PRINCIPAIS QUALIDADES:
COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS:
DEVOLUTIVA AO COLABORADOR:
CLASSIFICAÇÃO: ( ) NÃO POSSUI COMPETÊNCIAS DESTINADAS AO CARGO. ( ) POSSUI UM BOM DESEMPENHO, MAS REQUER DESENVOLVIMENTO/QUALIFICAÇÃO. ( ) SUPEROU AS EXPECTATIVAS.
SÍNTESE: ( ) DESLIGAMENTO; ( ) PROLONGAR O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA; ( ) EFETIVAR.

_____ Colaborador	_____ Avaliador	_____ RH

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**CERTIFICADO**	

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICAMOS QUE

NOME,
CPF

Participou do **Treinamento** _____, realizado em ___ de ____ de ____ no PRONTO ATENDIMENTO DE BIRITIBA MIRIM (SP) com carga horária de ___ horas e Ministrado por _____ cujo RG _____.

PALESTRANTE	DIRETOR	SECRETÁRIA DE SAÚDE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, com endereço Avenida Robert Kennedy, 2900, Assunção, 09860-214, inscrita no CNPJ sob o nº 47.708.771/0001-00 doravante denominada **EMPREGADORA** e de outro lado _____, portador (a) da Carteira Profissional nº ____ série _____/SP, nacionalidade _____, natural ____, ____, residente e domiciliada Rua ____, ____, doravante denominado (a) **EMPREGADO (A)**, têm como justo e acertado o presente **termo aditivo ao contrato de trabalho**:

DA CONFIDENCIALIDADE DE CONHECIMENTO E INFORMAÇÕES

Cláusula Primeira: Todas as informações e conhecimentos aportados pelas Partes para a execução do presente contrato são tratados como confidenciais, assim como todos os seus resultados, somente podendo ser utilizadas quando e enquanto necessário para o desempenho de suas atividades junto à EMPREGADORA, comprometendo-se o(a) EMPREGADO(A) a manter em absoluto sigilo todas as informações a que vier a ter acesso, sejam recebidas diretamente da EMPREGADORA ou de empresas coligadas, de seus atuais ou potenciais parceiros comerciais, em qualquer circunstância, durante e após o vínculo contratual, qualquer que seja a causa, não podendo revelá-las, total ou parcialmente, direta ou indiretamente.

Parágrafo Primeiro. A confidencialidade implica na obrigação de não utilizar, explorar, revelar, divulgar ou repassar informações e conhecimentos a terceiros não envolvidos no contrato, sem prévia autorização expressa, por escrito, dos seus detentores, bem como dos seus **EMPREGADORES**.

Parágrafo Segundo. O(a) EMPREGADO(A) deverá comunicar previamente a todas pessoas físicas ou jurídicas que venha a transmitir informações obtidas em função da prestação de serviços à EMPREGADORA, o caráter de confidencialidade das mesmas, e obter, antes de divulga-las, a concordância prévia e o compromisso de sigilo dos terceiros que vierem a receber tais informações.

Parágrafo Terceiro. Não são tratados como conhecimentos e informações confidenciais aqueles que tenham se tornado de conhecimento público pela publicação de pedido de patente ou registro público, ou de outra forma que não por meio das Partes.

Parágrafo Quarto. Tampouco serão tratados como confidenciais os conhecimentos e informações cuja divulgação torne-se necessária para a obtenção de autorização governamental para comercialização dos resultados do contrato ou quando exigida por lei, ou quando necessária ao cumprimento de determinação judicial e/ou governamental.

Parágrafo Quinto. Qualquer exceção à confidencialidade, prevista nesta cláusula, só será possível com a anuência prévia do **EMPREGADOR**.

Cláusula Segunda. O compromisso de confidencialidade previsto na Cláusula Primeira do presente aditivo permanecerá válido e eficaz mesmo após o término da relação empregatícia advindas do contrato de trabalho, ficando expressamente vedada ao(à) EMPREGADO(A) a utilização de informações obtidas durante a vigência do presente contrato em proveito próprio ou de terceiros, especialmente em negócios que concorra com a EMPREGADORA ou empresas coligadas.

Parágrafo primeiro. O (A) EMPREGADO(A) compromete-se, sob as penas da lei, a não obter cópias físicas ou por qualquer meio eletrônico, inclusive através do envio de arquivos/informações anexadas a e-mail de qualquer documento, arquivo ou informação da EMPREGADORA.

DA NÃO CONCORRÊNCIA.

Cláusula Terceira. O (A) EMPREGADO(A) se compromete no curso do seu contrato de trabalho a não empreender, sob qualquer hipótese, em comercialização, negociação, intermediação, ou qualquer outra forma de negócio pontual ou habitual com empresas concorrentes às atividades comerciais, produtos e serviços desenvolvidos por sua EMPREGADORA, sob pena de dispensa por justa causa.

Cláusula Quarta. O (A) EMPREGADO (A) compromete-se a manter o compromisso de não realização de atividade comercial com os serviços e produtos desenvolvidos ou comercializados pela EMPREGADORA, seja por empreendimento próprio ou na qualidade de empregado ou prestador de serviços para terceiros que mantenham negócios que concorram com a EMPREGADORA, devendo manter essa obrigação após o encerramento do seu contrato de trabalho.

Cláusula Quinta. O descumprimento deste aditivo pelo(a) EMPREGADO(A), incluindo qualquer de seus prepostos, representantes jurídicos e legais, ou funcionários, implicará em sua responsabilização pelas perdas e danos acarretados à EMPREGADORA.

DO COMPROMISSO COM A ÉTICA E LEI ANTI-CORRUPÇÃO

Cláusula Sétima: O(A) **EMPREGADO(A)** se compromete neste ato a observar e cumprir, durante todas as atividades desenvolvidas por força do presente contrato de trabalho, em especial durante negociações e transações comerciais**,** todas as leis e regulamentos aplicáveis, em sentido amplo, incluindo, mas não se limitando às normas e estatutos de repressão à corrupção, aliciamento e ilícitos similares.

Parágrafo primeiro. Compromete-se ainda o **EMPREGADO(A)** a não conceder, ofertar, prometer ou autorizar o pagamentos, independentemente do meio utilizado, de quaisquer valores ou, ainda, outorgar benefícios, favores, doações, presentes, serviços ou mesmo oportunidades de negócios que constituam uma vantagem econômica imprópria, como forma de viabilizar a efetivação de qualquer transação comercial, a qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada.

Parágrafo segundo. O(A) **EMPREGADO(A)** comunicará à **EMPREGADORA** sobre toda e qualquer pedido ou exigência, feita por qualquer dos investidores que por esta última tenham sido apresentados, de benefício impróprio, anti-ético ou que constituam uma vantagem econômica indevida.

Cláusula Oitava: O contrato de trabalho fica ratificado em todos os seus termos, cláusulas e condições não expressamente alteradas por este documento, que àquele se integra, formando um todo, único e indivisível para todos os efeitos legais.

Assinado por ambas as partes em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cidade, _____.

_____

Assinatura do(a) empregado(a)

_____

Assinatura da empregadora

Testemunhas

1)_____

2)_____

SANTA CASA São Bernardo do Campo	ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO	

IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	
ADMISSÃO: ( ) INDICADO ( ) SELECIONADO	DATA DE ADMISSÃO:
DATA DESLIGAMENTO:	
FUNÇÃO:	
SUPERIOR IMEDIATO:	

MOTIVO

INICIATIVA DA EMPRESA:

( ) sem justa causa( ) com justa causa ( ) tinha interesse em ser desligado

MOTIVOS

( ) Improdutividade
( ) Indisciplina
( ) Redução de quadro
( ) Término do contrato
( ) Falta de comprometimento aos objetivos.

HOUVE FEEDBACK ONDE CONSIDERA TER OCASIONADO O DESLIGAMENTO?

( ) Sim ( ) Não

INICIATIVA DO COLABORADOR:

MOTIVOS

( ) Inadaptação à empresa
( ) Abrir negócio próprio
( ) Insatisfeito com salário
( ) Desmotivação
( ) Falta de oportunidade de desenvolvimento

Observação:

O QUE DEVERIA SER FEITO	
3.6. Ocupava um cargo no qual pudesse demonstrar a experiência que trazia de empregos anteriores e/ou adquiridos na empresa?	( ) Sim ( ) Não
3.7. Você teve oportunidade de crescer dentro da empresa?	( ) Sim ( ) Não

OPINIÕES DO ENTREVISTADO
GOSTARIA DE TRABALHAR NOVAMENTE NA SANTA CASA SBC?
GOSTARIA DE CONTRIBUIR COM SUGESTÕES?
SE SIM, DESCREVA:

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

OPINIÕES DO ENTREVISTADO
GOSTARIA DE TRABALHAR NOVAMENTE NA SANTA CASA SBC?
GOSTARIA DE CONTRIBUIR COM SUGESTÕES?
SE SIM, DESCREVA:

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim
BENEFICIOS				
TST				
SALÁRIO				
AMBIENTE				
FERRAMENTAS				
VALORES E NORMAS				
ESTRUTURA				
RELAC. INTERPESSOAL				
METAS				
TREINAMENTOS				

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**FICHA CADASTRAL**	

EMPRESA:		
CURSO:		
Nº APÓLICE DE SEGURO:	CARGA HORÁRIA:	
NÍVEL ESCOLARIDADE:	OBRIGATÓRIO: ( ) SIM ( ) NÃO	
VALOR DA BOLSA:	INICIO:	TÉRMINO:

DADOS PESSOAIS:

NOME:		
RG:	DATA EXP.:	ORGÃO EXP.:
CPF:	DATA EXP.:	VALOR AUXILIO VT:
SEXO:	DATA DE NASC.:	E-MAIL:
PIS:	TITULO:	ZONA/SEÇÃO:
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:	
ENDEREÇO:		
COMPL.:	BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
TEL.:	CELULAR:	
DISCIPLINAS PENDENTES:		

RESPONSÁVEL DO MENOR

NOME:	
TELEFONE:	CPF:

INSTITUIÇÃO

RAZÃO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO:
CNPJ:
ENDEREÇO COMPLETO:
NOME DO SUPERVISOR NA EMPRESA:
CPF:
RAZÃO SOCIAL DO AGENTE DE INTEGRAÇÃO:
CNPJ:
RESPONSÁVEL:

DOCUMENTOS PRELIMINARES:			**DATA RECEBIMENTO:**
RG	☐ **SIM**	☐ **NÃO**	
CPF	☐ **SIM**	☐ **NÃO**	
CARTEIRINHA DE VACINA	☐ **SIM**	☐ **NÃO**	
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	☐ **SIM**	☐ **NÃO**	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**FICHA CADASTRAL**	

Biritiba Mirim,___de_____de_____. _____

Assinatura

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**FICHA DE CONTROLE E ENTREGA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**	

NOME:		**DATA DE ADMISSÃO:**
FUNÇÃO:	**SETOR:**	**DATA DE DEMISSÃO:**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu colaborador da empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO DO CAMPO** assumo a total responsabilidade pelo uso e conservação do "Equipamentos de Proteção Individual" (EPIs), na qual foi fornecido gratuitamente pela empresa que, por sua vez, torna obrigatório seu uso, apenas para finalidade a que se destina.

Declaro, que recebi orientação sobre o uso correto dos EPIs relacionados e que os mesmos estão em condições normais de utilização.
Tornando de meu conhecimento que devo me responsabilizar por danos causados no EPI, devido ao uso inadequado ou fora das atividades a que se destina. Sendo, como dever, comunicar o líder com a máxima urgência possível, qualquer alteração no EPI, que o torne parcial ou totalmente danificada e imprópria para a função a que se destina.

Por estar de acordo com o presente Termo de Responsabilidade, que expressa pura e unicamente a legislação em vigor, assino o presente documento.
Assinatura: _____

DESCRIÇÃO	N° DO C.A.	DATA RECEBIMENTO	QUANT.	DATA DEVOLUÇÃO	QUANT. DEVOLVIDA	ASS.

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

EMPRESA:_____

DADOS DO FUNCIONÁRIO		
Nome:		Data Nasc.: __/__/__
Naturalidade:		
End. Residencial:	Nº:	Compl.:
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:		
Telefone:	Celular:	
PREVIDÊNCIA PRIVADA? PGBL ( ) OU VGBL ()	VALOR MENSAL: R$	

ESCOLARIDADE			
( ) analfabeto	( ) até 4ª série incompleta	( ) 5ª a 8ª série incompleta)	( ) 1º grau) completo
( ) 2º grau incompleto	( ) 2º grau completo	(Ensino Médio Completo	(superior completo

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	
Estado Civil:	Nome do Cônjuge:
RG/CPF do Cônjuge?	Data de Nascimento:
Possui filhos?	Quantos menores de 14 anos?
RG/CPF:	Data de Nascimento:
Efetua pagamento de Pensão Alimentícia/Jurídica?	**Qual valor? R$**

DADOS DE ADMISSÃO
Função:
Data admissão: _____/_____/_____
Salário R$:

HORÁRIO DE TRABALHO
Dias da semana:
Horário:

VALE TRANSPORTE			
( ) Ônibus = R$	( ) Metrô = R$	( ) Trem = R$	( )Integração= R
DESCONTA 6%: ( ) SIM	( ) NÃO		
Observações:			
Assinatura do Funcionário: _____ _____Data: _____/_____/_____			

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

EMPRESA:_____

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome: Data Nasc.: __/__/__
Naturalidade:

End.Residencial: nº:
compl.:

Bairro: Cidade: UF:
CEP:

Tel. Residencial: Tel. Celular: email:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Identidade RG nº: Órgão Emissor: Data Expedição:

CPF/MF nº: PIS/PASEP nº: Primeiro Emprego? ( ) SIM ( ) NÃO

CTPS nº: Série: Data Expedição:

Titulo de eleitor: Zona: Seção:

Certificado militar: Categoria: Série:

ESCOLARIDADE

( ) analfabeto ( ) até 4ª série incompleta ( ) 5ª a 8ª série incompleta ( ) 1º grau completo
( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( )Ensino Médio Completo ( ) superior completo

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Cor/Raça:

Estado Civil: Nome do Cônjuge:

RG/CPF do Cônjuge? Data de Nascimento:

Possui filhos? Quantos menores de 14 anos?

RG/CPF: Data de Nascimento:

Efetua pagamento de Pensão Alimentícia/Jurídica? Qual valor? R$

SPED ESOCIAL

Residência é própria ou alugada?
_____

Funcionário faz utilização de recursos do FGTS em financiamentos?
_____

Previdência Privada? PGBL ( ) OU VGBL ( ) VALOR MENSAL: R$
Data do exame Médico Admissional:_____
Nome do Médico Responsável: _____CRM:_____

DADOS DA ADMISSÃO

Função: Salário inicial R$:
Data admissão: _____/_____/_____ Data do Exame Admissional: _____/_____/_____
Período de experiência: Prorrogado: por

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

HORÁRIO DE TRABALHO
DIAS DA SEMANA: _____
HORÁRIO DE ENTRADA: ____:____ / HORÁRIO DE SAÍDA: ____:____
CARGA HORÁRIA SEMANAL:_____ CARGA HORÁRIA MENSAL:_____
VALE TRANSPORTE
( ) Ônibus = R$ ( ) Metrô = R$ ( ) Trem = R$ ( )Integração= R
DESCONTA 6%: ( ) SIM ( ) NÃO
Assinatura do Funcionário: _____ _____Data: _____/_____/_____

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

REQUISIÇÃO DE VAGAS

Form. Nº:

Nº DA REQUISIÇÃO

Nº DA REQUISIÇÃO	NOME:	
	ÁREA:	
	CARGO:	
	DATA DE ABERTURA DA VAGA:	QUANT. DE VAGAS:

DADOS GERAIS DA VAGA

CARGO REQUISITADO:	SALÁRIO PROPOSTO:
ÁREA/SETOR:	JORNADA MENSAL: 120 ( ) 150 ( ) 180 ( ) 220 ( )
ABRIR RECRUTAMENTO INTERNO PRIMEIRO: ☐ SIM ☐ NÃO	
REQUER TESTE PRÁTICO OU PROVA: ☐ SIM ☐ NÃO	QUAIS TESTES:
IDADE: DE _____ A _____ ☐ INDIFERENTE	A VAGA É CONFIDENCIAL: ☐ SIM ☐ NÃO
VT ☐ SIM ☐ NÃO	
VALE ALIMENTAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO	OUTROS BENEFICIOS:
ALIMENTAÇÃO NO LOCAL: ☐ SIM ☐ NÃO	QUAL? _____
INSALUBRIDADE: ☐ SIM ☐ NÃO	

REQUISITOS DO CARGO

MOTIVO DA REQUISIÇÃO	ESCOLARIDADE	HORARIO DE TRABALHO
☐ AUMENTO DO QUADRO	☐ ENSINO FUNDAMENTAL	CARGA HORARIA SEMANAL: _____
☐ FUNCIONÁRIO AFASTADO PELO INSS	☐ ENSINO MÉDIO	
☐ FUNCIONÁRIO PROMOVIDO	☐ ENSINO TÉCNICO	DIAS DA SEMANA: _____
☐ FUNCIONÁRIO DEMITIDO	☐ ENSINO SUPERIOR	
☐ COLABORADOR TRANSFERIDO	☐ PÓS / MBA / MESTRADO	HORARIO : DAS _____:_____ ÀS _____:_____
☐ FUNCIONÁRIO PEDIU DEMISSÃO		

EM CASO DE SUBSTITUIÇÃO, NOME DO COLABORADOR:

DESCRIÇÃO DA VAGA (pré requisitos obrigatórios e desejáveis relevantes para o exercício da função: ÁREA DE FORMAÇÃO, CURSOS, HABILIDADES, COMPORTAMENTAIS, TEMPO DE EXPERIÊNCIA)

Pré requisitos obrigatórios	Pré requisitos desejáveis
Colocar formação acadêmica, curso especial (especificação), experiência desejada, perfil do cargo (caracteristicas pessoais, informatica, idiomas, CNH, viagens)	

ATRIBUIÇÕES DO CARGO (ATIVIDADE A SER REALIZADA):

NOME E TELEFONE DO CANDIDATO INDICADO:

APROVAÇÕES

VISTO DO REQUISITANTE:

COORDENADOR APROVADOR:

DIRETOR APROVADOR:

COMENTÁRIO

FINALIZAÇÃO DA REQUISIÇÃO DE VAGA (Preenchido pela área de RH)

NOME DO(S) CANDIDATO(S) APROVADO(S)	DATA DO TÉRMINO DA(S) VAGA(S)

MATRIZ DE TREINAMENTOS

		NOME					
Dados	Data de Realização						
	Validade do certificado						
	Consultor Treinamento						
	Custo R$						
	Tipo de Treinamento						
	Carga horária						
	Modalidade						
	Recurso Interno/Externo						
Cargos e Funções	**ADMINISTRAÇÃO**						
	TERCEIROS						

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS E EVENTOS DE MATERIAIS HOSPITALARES**	

UNIDADE: **SETOR:**

DATA DE IDENTIFICAÇÃO: **TIPO DE ESTABELECIMENTO:**

MEIO DE NOTIFICAÇÃO: ☐ **E-mail** ☐ **Telefone** **RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO:**

E-MAIL: **TELEFONE:**

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO PRODUTO:

DESCRIÇÃO:

CATEGORIA (TIPO DE INSUMO):

- ☐ BIOLÓGICO. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ MÓVEIS. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ ESTERILIZANTE. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ HIGIENE. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ FARMÁCIA. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ MÉDICO. ESPECIFIQUE: _____
- ☐ LAVANDERIA (ROUPARIA). ESPECIFIQUE:
- ☐ ENFERMAGEM. ESPECIFIQUE: _____

DESTINAÇÃO DE USO: _____

REGISTRO ANVISA:

DATA DE FABRICAÇÃO:

LOTE:

PRODUTO REPROCESSADO:

OBSERVAÇÃO

DADOS DO FABRICANTE

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ: **ENDEREÇO:**

MUNICIPIO: **UF:**

E-MAIL:

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS E EVENTOS DE MATERIAIS HOSPITALARES**	

QUEIXA TÉCNICA

DESVIO:

IMAGENS:

- **Levou agravo a saúde do paciente? Sim Não OBS: _____**
- **Levou risco a saúde do profissional? Sim Não OBS: _____**
- **Causou transtornos técnicos com: Desperdício de Material Retrabalho Onerou custos? OBS: _____**
- **Houve notificação anterior? Sim Não Quantas vezes? _____**

TIPO DE DESVIO:

- ☐ DESVIO DE QUALIDADE;
- ☐ SINTOMAS RELACIONADOS AO USO;
- ☐ ACIDENTE NA QUAL INCLUI O COLABORADOR.

DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO

NOME:

OCUPAÇÃO: **DATA:**

ENDEREÇO:

DESCRIÇÃO ACIDENTE:

NOME RESPONSAVEL LAVANDERIA	ASSINATURA	CARGO/FUNÇÃO
NOME LEGÍVEL DO NOTIFICANTE	ASSINATURA	CARGO/FUNÇÃO

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

RESOLUÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

Regulamenta a Concessão de Cenário de Prática para realização de Estágios na Rede de Saúde do Município de _____.

A Prefeitura Municipal de _____, no uso de suas atribuições que lhes são conferidas a Lei Orgânica do município e considerando:

De acordo com o Municipio*

Considerando a necessidade de regulamentar os estágios não remunerados na Rede de Atenção à Saúde de _____, bem como instituir as diretrizes para a celebração de compromissos e mecanismos de cooperação entre as instituições de ensino e gestão municipal de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino aprendizagem e formação no âmbito do SUS:

RESOLVE:

Art. 1º Fica regulamentada a concessão de cenário de prática para a realização de estágios curriculares de estudantes de nível técnico profissional e de nível superior, a ser realizado na Rede de Atenção à Saúde de _____, de acordo com o disposto nesta Resolução e seus anexos.

CAPÍTULO I
DAS DIPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º A ocupação dos cenários de prática para a realização de estágios na Rede de Atenção à Saúde de _____ somente se dará por contrato entre Instituições de Ensino e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Parágrafo Único: Sob-hipótese alguma a concessão de estágios será feita diretamente com o(s) estudante(s), tampouco sem formalização junto à Educação Permanente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

CAPÍTULO II
DA MANIFESTAÇÃO DO INTERESSE

Art. 3º As Instituições de Ensino interessadas em campos de estágio na Rede de Atenção à Saúde de _____ deverão encaminhar à Organização Social, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, setor Administração: Educação Permanente os documentos descritos abaixo:

1. Ofício em papel timbrado da Instituição de Ensino, assinado pelo seu representante legal, com identificação do curso técnico ou superior e que contenha o endereço eletrônico institucional para comunicação oficial;
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
3. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, por intermédio da Certidão de Tributos e Contribuições Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal e da Certidão da Divida Ativa da União, expedida pela Procuradoria da Fazenda Federal ou a Certidão Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e a Divida Ativa da União;
4. Certidão negativa ou positiva com efeito de negativa de débitos relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiros, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (SRB), quanto às contribuições sociais previstas nas alíneas a, b e c do parágrafo único do art. 11 da Lei nº. 8.212, de 24/07/1991, às contribuições instituídas a título de substituição e às contribuições devidas, por lei, a terceiros, inclusive as inscritas em divida ativa do INSS, por ela administradas;
5. Certificado de Regularidade de Situação para com o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS);
6. Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata, expedida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica:
7. Projeto Político Pedagógico do(s) curso(s), explicitando atividades curriculares a serem desenvolvidas e que contenha os planos de estágio previstos;
8. Comprovação de aprovação do(s) curso(s) pelo Ministério da Educação;
9. Cópia autenticada da apólice de seguros firmada pela Instituição de Ensino, nos termos do artigo 9º, inciso IV, da Lei Federal nº 11.788/08, adequadas ao cenário de prática solicitado.

CAPÍTULO III

DA CELEBRAÇÃO DO TERMO DE COOPERAÇÃO

Art. 4º Após o recebimento dos documentos, a Organização Social realizará a conferência e elaborará o Termo de Cooperação a ser assinado pelas partes, conforme modelo constante do Anexo I, em até 30 (trinta) dias corridos.

Parágrafo único - O termo de cooperação será válido até _____.

CAPÍTULO IV
DA CONCESSÃO DOS ESTÁGIOS

Art. 5º A partir da celebração do Termo de Cooperação, a concessão de estágios na Rede de Atenção à Saúde de _____ seguirá as seguintes etapas:

1. Solicitação das vagas pelas Instituições de Ensino;
2. Análise das solicitações pela Organização Social;
3. Concessão e formalização do início dos estágios.

Art. 6º As Instituições de Ensino Técnico e as Instituições de Ensino Superior que não apresentarem a documentação completa e/ou entregar fora do prazo, serão excluídas do processo de concessão.

Art. 7º Em caso de quaisquer recursos referentes ao processo de publicação, solicitação e concessão das vagas, a Educação Permanente da Organização Social julgará os pedidos apresentados e emitirá parecer justificando o deferimento ou não dos mesmos.

CAPÍTULO V
HORÁRIOS DISPONÍVEIS

Art. 8º A orientação dos cenários de prática disponíveis, número de vagas, dias da semana, horários e responsável (is) pelos serviços, será realizada pela Organização Social, junto à instituição de ensino cujo termos de cooperação estiverem regulares e válidos.

CAPÍTULO VI
DA SOLICITAÇÃO DAS VAGAS PELAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Art. 9º A solicitação deverá ser feita em instrumento própria e encaminhada a Educação

Permanente da Organização Social, por envio postal, entrega protocolada ou correio eletrônico.

CAPÍTULO VII
DA ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES

Art. 10º A análise das solicitações de estágio recebidas será realizada pela Educação Permanente da Organização Social, em até 10 (dez) dias contados a partir da data limite para o recebimento das solicitações, com base nos seguintes critérios:

1. Adequação da solicitação com o cenário de prática disponível;
2. Pertinência do Plano de Estágio quanto a:
   2.1- Princípios e diretrizes do SUS;
   2.2 - Objetivos da disciplina ao qual se vincula o estágio;
   2.3 - Atividades a serem realizadas nos cenários de prática,

Art. 11º Caso o número de solicitações seja maior que o número de vagas disponíveis, os seguintes critérios de priorização serão utilizados:

1. Solicitação proveniente de instituição pública de ensino;
2. Solicitação proveniente de instituição de ensino que não houver cancelado a ocupação dos cenários de prática no período anterior;
3. Solicitação proveniente de instituição de ensino sediada no município de Biritiba Mirim;
4. Solicitante que realiza as contrapartidas sempre que solicitada.

CAPÍTULO VIII
DA CONCESSÃO E FORMALIZAÇÃO DO INÍCIO DOS ESTÁGIOS

Art. 12º As instituições de ensino cujas vagas tenham sido aprovadas deverão enviar, em até 10 (dez) dias antecedentes ao início dos estágios, os seguintes documentos:

1. Lista Nominal de Alunos, conforme modelo constante do anexo III,
2. Termo de Compromisso de Estágio Individual, conforme inciso II, artigo 3º, Lei 11.788/08, devidamente assinado pelo aluno e pelo representante da instituição de ensino;
3. Currículo completo do docente orientador, que contenha telefone e endereço eletrônico para contato;
4. Plano de Estágio referente ao respectivo cenário de prática.

Parágrafo Único - A entrada nos cenários de prática somente será permitida após a entrega da totalidade dos documentos.

CAPÍTULO IX
DAS ATRIBUIÇÕES DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Art. 13º São atribuições e responsabilidades da Instituição de Ensino durante a realização dos estágios:

1. Cumprir rigorosamente a legislação que regulamenta a realização de estágios; incluído o pagamento de seguro de vida e acidentes pessoais dos estagiários, sendo a ―responsável pelas atividades do estagiário, em todos os aspectos’’;
2. Indicar docente orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
3. Assegurar a apresentação prévia do cenário de prática pelo docente orientador, com a presença do responsável pelo serviço;
4. Fornecer e assegurar o uso de EPI's e roupa privativa de seus estudantes e docente orientador, adequados a cada cenário de prática;
5. Fornecer e assegurar o uso sistemático de crachá de identificação dos estagiários e docentes durante toda a realização do estágio;

6. Fornecer todo o material médico-hospitalar e material de consumo que serão necessários para as atividades dos estagiários;
7. Realizar a contrapartida pactuada, conforme estabelecido nesta resolução;
8. Providenciar o Termo de Doação, com nota fiscal dos materiais fornecidos como contrapartida.

Art. 14º São atribuições e responsabilidades da Organização Social durante a realização de estágio:

1. Ofertar instalações em condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
2. Manter a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
3. Zelar pelo cumprimento das normas de estágio e dos Termos de Compromisso assinados;
4. Realizar monitoramento dos estágios, solicitar correção de problemas por ventura encontrados durante seu desenvolvimento e aplicar as sanções cabíveis (1ª advertência verbal; 2º advertência por escrito e 3ª suspensão do estágio).

Art. 15º Eventuais alterações do docente orientador e/ou troca de grupos de estagiários deverão ser comunicadas previamente à Educação Permanente da Organização Social, enviando documentação pertinente com dados dos novos estudantes e/ou docente orientador.

Art. 16º As alterações no plano de estágio deverão ser solicitadas com antecedência de um mês à Educação Permanente da Organização Social.

Art. 1 7 º É vedado aos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de _____ atuar como docentes orientadores vinculados à instituição de ensino no horário que desenvolvem suas atividades laborais.

CAPÍTULO X
DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS ESTÁGIOS

Art. 18º A cooperada ficará responsável por realizar avaliações com os estagiarios.

Art. 19º O monitoramento dos estágios será realizado pelo responsável do serviço que poderá:

1. Solicitar ao docente orientador mais informações sobre o estágio e, se necessário, propor mudanças no plano;
2. Comunicar a Educação Permanente da Organização Social sobre inconsistências e/ou ocorrências durante o desenvolvimento dos estágios.

CAPÍTULO XI
DA CONTRAPARTIDA

Art. 20º As instituições de ensino deverão contribuir com a Rede de Atenção à Saúde de _____ através das seguintes modalidades de contrapartida, definidas pela Organização Social:

1. Oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede;
2. Doação de equipamentos, materiais, insumos e outros bens;
3. Reformas de pequeno porte que não modifiquem ou alterem as características físicas e estruturais das unidades;
4. Cessão de espaços para realização de eventos, cursos, palestras e reuniões técnicas de interesse da Organização Social;
5. Desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias de interesse à mesma.

Art. 21º A base de cálculo monetário/financeiro para a quantificação da contrapartida deverá ser corrigida segundo Índice Geral de Preços — Despesa interna (IGP-DI — FGV), e terá os seguintes valores:

1. R$0,50 (cinquenta centavos) por hora de estágio de formação técnica.
2. R$ 1,00 (um real) por hora de estágio de formação superior.

Art. 22º Ao final de cada semestre, a Organização Social computará as horas concedidas, e encaminhará às instituições de ensino, via ofício, a contrapartida escolhida à realização dos estágios. O prazo para o cumprimento da contrapartida será de 60 (sessenta) dias contados do recebimento do ofício.

Parágrafo único - O descumprimento do prazo pela instituição de ensino acarretará suspensão imediata de todos os estágios programados para o período subsequente, enquanto perdurar a situação.

CAPÍTULO XII
DAS PENALIDADES

Art. 23º Constituem-se penalidades aplicáveis as instituições de ensino, frente ao descumprimento dos itens desta resolução:

1. Advertência escrita.
2. Suspensão temporária dos estágios.
3. Cancelamento do termo de cooperação.

Parágrafo único — será assegurado o direito à ampla defesa a todas as instituições, e a aplicação das penalidades será informada via ofício, com a devida justificativa sobre sua motivação.

CAPÍTULO XIII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º A concessão de estágios por parte da Organização Social não caracteriza vínculo empregatício para os estudantes.

Art. 25º Os casos omissos serão resolvidos pela Organização Social do _____

Art. 26º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Cidade, ___ de _____ de _____.

_____

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
SÃO DE BERNARDO DO CAMPO.

_____

GERENTE DE PROJETOS.

_____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO – COOPERADA.

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**REQUERIMENTO DE BANCO DE HORAS**	

Eu,_____, cuja função de _____, lotado(a) no Pronto Atendimento Irio Taino, venho solicitar que seja autorizado a compensação de _____:_____ horas débito, por ter realizado em BH nos dias _____, e seja retirado em folga e/ou saída antecipada conforme o cronograma abaixo:

DATA	HORÁRIO	HORAS
____/____/____	_____:_____ as _____:_____	_____
____/____/____	_____:_____ as _____:_____	_____
____/____/____	_____:_____ as _____:_____	_____

Biritiba Mirim, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Colaborador

_____

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO:

( ) Deferido

( ) Indeferido – Justificativa: _____

_____

Coordenador/RH

ATO ADMINISTRATIVO

De acordo com a Diretoria, no uso de suas atribuições e conforme requerimento solicitado pelo colaborador concede a folga. Registre-se e Cumpra-se.

_____

Gestor

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

SANTA CASA São Bernardo do Campo	ATA DE REUNIÃO	

DIRIGENTE:		
DATA:	**HORÁRIO:**	**LOCAL:**
TIPO DE REUNIÃO: ( )COMISSÃO ( )DEPARTAMENTAL ( )INFORMATIVA ( )ADMINISTRATIVA		

ITEM	PAUTA	RÓTULO DO TÓPICO	
		DISCUSSÃO	INFORMAÇÃO
1			
2			
3			

PARTICIPANTES:

ITEM	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
01			
02			

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Razão Social, Responsável, Bairro CEP e cidade. CONCEDENTE: (Nome da Concedente), com sede em (xxx), na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), no Estado (xxx), inscrita no C.N.P.J. sob o nº (xxx), e no Cadastro Estadual sob o nº (xxx), neste ato representada pelo seu diretor (xxx), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx);

ESTAGIÁRIO: (Nome do Estagiário), (Nacionalidade), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx).

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Termo de Compromisso de Estágio, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O compromisso ora firmado tem início nesta data e terminará em __ /__ /__, podendo ser prorrogado por acordo de ambas as partes com anuência da Instituição de Ensino.

Cláusula 2ª. O objetivo primordial do presente instrumento é a experiência prática do aprendizado teórico, aperfeiçoamento técnico, científico e de relacionamento humano, de forma a complementar o ensino e a aprendizagem em consonância com o calendário escolar.

Cláusula 3ª. Quaisquer dúvidas concernentes às atividades realizadas pelo ESTAGIÁRIO deverão ser comunicadasexpressamente à CONCEDENTE.

DA JORNADA

Cláusula 4ª. O ESTAGIÁRIO terá uma jornada total de (xxx) horas semanais, sendo cumpridas no horário de ..., no período noturno, ficando deste modo completamente compatível com o horário escolar.

DO COMPROMISSO

Cláusula 5ª. No decorrer da vigência do presente instrumento o ESTAGIÁRIO se compromete a realizar todas as atividades requeridas pela CONCEDENTE, ressalvando-se aquelas que são completamente incompatíveis com o aprendizado técnico-escolar.

Cláusula 6ª. O ESTAGIÁRIO se compromete a prestar informações ou esclarecimentos sobre qualquer óbice que porventura venha a adquirir junto à Instituição de Ensino a qual estuda ou, no cumprimento de suas funções.

Cláusula 7ª. As políticas, normas, procedimentos e quaisquer documentos de que o(a) Estagiário(a) venha a ter ciência são considerados sigilosos, não podendo ser divulgados ou reproduzidos sem previa autorização da Empresa.

Cláusula 8ª. O ESTAGIÁRIO está incluso(a) na cobertura do seguro contra acidentes pessoais de trabalho, mediante a apólice nº (xxx) da Instituição (xxx).

Cláusula 9ª. Proporcionar a Instituição o acompanhamento da Supervisora junto aos estagiários.

DO PRAZO

Cláusula 10ª. O presente compromisso terá validade de (xxx) meses, a iniciar-se no dia (xxx), do mês (xxx) no ano de (xxx) e findar-se no dia (xxx), do mês (xxx) no ano de (xxx).

CONDIÇÃO GERAL

Cláusula 11ª. O presente contrato passa a vigorar entre as partes a partir da assinatura.

Cláusula 12ª. O presente instrumento não se configura sob nenhuma forma vínculo empregatício.

Cláusula 13ª. O estágio tem fundamento e base na formação curricular do ESTAGIÁRIO, caracterizando sua pré-formação e profissionalização, complementando a tarefa escolar.

Cláusula 14ª. Ao final do presente termo o ESTAGIÁRIO elaborará relatório completo das atividades exercidas o qual será assinado pela CONCEDENTE e pela Instituição de Ensino.

Cláusula 15ª. A Instituição de Ensino a qual o ESTAGIÁRIO está diretamente vinculado se compromete também por meio deste instrumento a remeter semestralmente comprovante de matrícula do mesmo.

ORIENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

APRESENTAÇÃO

Cláusula 16ª. Este manual tem como objetivo orientar aos estagiários as práticas a serem adotadas a fim de aprimorar as disciplinas já estudadas (teoria), onde desempenham situações da atualidade entre o trabalho e a vida desenvolvendo competência e habilidades imprescindíveis à função.

Perante as atividades em campo de estágio, as orientações abaixo devem ser seguidas rigorosamente.

a. De acordo com a NR 32 é proibido o uso de adornos dentro da instituição, tais como alianças, anéis, brincos, piercings, correntes, relógios, cachecóis, adereços de cabelo etc.

b. As unhas devem ser curtas, com esmalte claro e sem decorações, os cabelos devem estar presos.

c. Proibido consumo de alimentos e bebidas nos setores.

d. Os estagiários deverão entrar em campo de estágio com jaleco e crachá de identificação e sair com os mesmos ao término.

e. Em virtude de legislação vigente, é proibido o uso do jaleco fora das dependências hospitalares.

f. O aluno deverá trazer consigo o material de bolso, sendo este composto por: canetas, caderneta de anotações, termômetro digital, garrote e aparelho pressão.

g. È proibido FUMAR em qualquer área hospital (tanto na área interna como externa).

h. Evitar circular sem motivos pelos corredores da instituição.

i. Fica proibido realizar visita fora do horário e dias de estágios, fazendo uso do jaleco e crachá com a identificação da escola.

j. Comparecer pontualmente aos estágios.

k. O estagiário que levar consigo qualquer material ou equipamento do campo de estágio (micropore, agulhas, seringas, medicamentos etc.) sofreram as punições cabíveis.

l. Não é permitido o uso de telefone celular, assim como a troca de números entre pacientes e equipe multiprofissional durante o estágio.

m. Não é permitida a realização de imagem (fotos e vídeos), mesmo com o consentimento de pacientes e/ou funcionários da instituição concedente.

n. Evitar atender ao telefone do setor, pois as informações transmitidas nas ligações telefônicas devem ficar sob responsabilidade da equipe do setor.

o. Respeitar o sigilo e as particularidades da unidade concedentes da prática de estágio e obedecer às normas estabelecidas por ela.

p. Evitar mascar chicletes, em respeito ao paciente.

q. Não conversar, rir alto e correr nos corredores da instituição, evitando aglomerações nos ambientes do campo de estágio.

r. O material da escola em uso durante o estágio, tanto do aluno como também docentes devem responsabilizar-se pelo mesmo, evitando perda e danos.

s. A responsabilidade por objetos pessoais é internamente do aluno, visto que nos campos de estágio não há local específico para guardar volumes. Dessa forma orientamos não levar objetos de valor e volumoso.

t. Não executar quaisquer atividades sem a presença do docente.

u. Registar procedimentos realizados, com carimbo e assinatura do docente (conforme normas, rotinas e protocolo da instituição);

v. Assinar a cláusula de compromisso de estágio e presença no livro diariamente, seguindo protocolo.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Cidade, _____de _____ de _____.

_____

ESTAGIARIO

_____

REPRESENTANTE LEGAL CONCEDENTE

Testemunha 01	Testemunha 02
CPF:	CPF:

Processo Administrativo Nº	
Contrato nº	
Instituição De Ensino	
CNPJ	
Data de Assinatura do Termo	
Data de Vencimento do Termo	

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DIDÁTICA E CIENTÍFICA QUE CELEBRAM ENTRE SI A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, E A **.**

Ao __ dia do mês de ___ de ____, na qualidade de cooperantes, de um lado a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, doravante denominada Organização Social e, de outro lado, o _____, de natureza _____, com sede na cidade de _____, Rua/Av. _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Jurídicas sob nº _____, neste ato representado por _____, doravante denominada COOPERADA, resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação Técnica Didática e Científica, a ser regida de acordo com as cláusulas e seguintes condições:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA: O presente instrumento versa sobre a concessão de cenários de prática para realização de estágios na Rede de Saúde de _____, por meio da realização de atividades de ensino e aprendizagem alinhado ao conhecimento teórico e formação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

DOS OBJETIVOS

CLÁUSULA SEGUNDA: O presente Termo de Cooperação tem por objetivo propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem dos educandos, bem como o aprimoramento da rede de atenção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS como:

I- Entender a importância do profissional na área da saúde;

II- Obter competências e habilidades em situações de risco e/ou quando necessária;

III- Ser responsável pela qualidade do serviço prestado;

IV- Compreender e implementar o processo de enfermagem como ferramenta explicativa profissional;

V- Integrar o estagiário na prática junto ao desenvolvimento dentro do mercado de trabalho.

ETAPAS E FASES DE EXECUÇÃO

CLÁUSULA TERCEIRA: A concessão de estágios para estudantes de Instituições de Ensino Técnico- IET, e Instituições de Ensino Superior – IES, ocorrerá segundo os termos do Informe anexo.

PRÉ-REQUISITOS PARA EXECUÇÃO

CLÁUSULA QUARTA

I- Ter concluído as disciplinas teóricas;

II- Entregar cópia das documentações obrigatórias (RG, CPF, CARTEIRA DE VACINA, SEGURO DE VIDA E ENDEREÇO);

III- Realizar o preenchimento da Ficha Cadastral, assinar e datar.

DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA COOPERADA

CLÁUSULA QUINTA: São atribuições e responsabilidades da Cooperada durante a realização do estágio:

I- Cumprir rigorosamente a legislação que regulamenta a realização de estágios; incluído o pagamento de seguro de vida e acidentes pessoais dos estagiários, sendo a responsável pelas atividades do estagiário, em todos os aspectos;

II- Indicar docente orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

III- Assegurar a apresentação prévia do estágio pelo docente orientador, com a presença do preceptor de campo e do gerente da unidade e/ou coordenador das áreas afetas do hospital;

IV- Fornecer e assegurar o uso de EPI's e roupa privativa de seus estudantes e docente orientador, adequados a cada cenário de prática;

V- Fornecer e assegurar o uso sistemático de crachá de identificação dos estagiários e docentes durante toda a realização do estágio;

VI- Fornecer todo o material médico-hospitalar e material de consumo que serão necessários para as atividades dos estagiários;

VII- Realizar a contrapartida pactuada;

VIII- Providenciar o Termo de Doação, com nota fiscal dos materiais fornecidos como contrapartida.

DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

CLÁUSULA SEXTA: São atribuições e responsabilidades da Organização Social durante a realização do estágio:

I- Ofertar instalações em condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

II- Manter a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio; **III-** Zelar pelo cumprimento das normas de estágio e dos Termos de Compromisso assinados;

IV- Realizar monitoramento dos estágios, solicitar correção de problemas por ventura encontrados durante seu desenvolvimento e aplicar as sanções cabíveis;

V- Avaliar a instituição de ensino no encerramento de cada ciclo de estágio;

VI- Promover a integração com outras instituições de ensino superior e entidades concedentes de estágio.

DAS OBRIGAÇÕES DO COOPERANTE

CLÁUSULA SÉTIMA: Obrigam-se os cooperantes a:

I- Cumprir a programação básica das ações de saúde, segundo normas técnicas e diretrizes básicas da Organização Social, sempre amparadas nos princípios do SUS;

II- Viabilizar reciprocamente a adequada implantação e execução do Programa de Cooperação Técnica Didática e Científica.

DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA OITAVA: A concessão de estágio pela Organização Social, por meio da disponibilização dos serviços de saúde como cenário de práticas aos estudantes; não caracteriza vínculo empregatício para os estudantes.

PRECAUÇÃO PADRÃO

São medidas para evitar a contaminação precavendo a contaminação do meio hospitalar de colaborador para colaborador, pacientes, visitantes e etc.

Será utilizado este método sempre que necessário conforme os itens abaixo:

Higienização das mãos: retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos após contato com pacientes (fluido orgânico, ou seja, sangue, fezes, urina, vômito, pús, etc), e colocar uma nova luva para outros procedimentos.

Luvas: para cada procedimento em que localizar-se fluido orgânico utilizar uma luva limpa, não tocando em superfícies e objetos. A higienização das mãos deverão ser sempre lavadas antes e depois.

Máscara e protetor ocular: utilizar em todo procedimento que houver exposição ao fluido para evitar respingos, meio de contaminação, ou seja, protegera a mucosa dos olhos, boca e nariz.

Avental: utilizar para proteção da pele e vestimenta de respingos e fluidos. Ao retirar, imediatamente realizar a lavagem das mãos.

Material Pérfuro Cortante: escalpes, agulhas, ou qualquer material pontiagudo. Exemplo: Agulha: após ser utilizadas não desconectar das seringas ou reencapar. Descartar de imediato em caixas de descarte ficando em locais de fácil acesso.

Descontaminação do paciente: realizar a higienização das mobílias (sempre que houver, vômitos, respingos, sangue e etc) em todo plantão, terminais de altas, óbito ou mesmo quando houver transferência de paciente.

Artigos e Equipamentos: todo equipamento que de fato é necessário esterilizar, será submetido ao CME e após desinfecção retornará ao setor.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA NONA: Este Termo de Cooperação Técnica Didática e Científica vigorará até 31 de Julho, com início no primeiro dia útil do exercício correspondente ao campo solicitado.

CLÁUSULA DÉCIMO: A inobservância das obrigações pelas partes previstas no Termo poderá ensejar em advertência, suspensão ou rescisão do ajuste, desde que devidamente justificado e assegurado direito à ampla defesa.

E por estarem assim de acordo, assinam o presente Termo em 02 vias de igual teor e forma, para os mesmos fins, perante as testemunhas abaixo assinadas.

Cidade, _____de _____ de 2021.

_____

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
SÃO DE BERNARDO DO CAMPO.

_____

GESTOR DE PROJETOS

_____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO – COOPERADA.

_____	_____
Testemunha 01	Testemunha 02
CPF:	CPF:

SOLICITAÇÃO TROCA DE PLANTÃO

Eu,_____, cuja função de _____, lotado(a) no Pronto Atendimento Irio Taino, venho solicitar autorização para que seja feita a troca do plantão do dia _____/____/____ para o dia _____/____/____, no horário das ____:____ às ___;____.

Informo que tal solicitação prende-se ao fato deste (a) ter assuntos particulares a tratar, e que a troca de plantão será realizada com o colaborador _____, função _____.

O colaborador _____ fará dia _____/____/____, no horário das ____:____ às ___;____.

Em _____/____/____

De acordo

_____

Em _____/____/____

De acordo

_____

Obs: TODAS AS TROCAR TERÃO QUE SER SOLICITAR NO MINIMO DE 48 HORAS DE ANTECEDÊNCIA

IRMANDADE SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CNPJ: 47.708.771/0001-00

_____

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**TERMO DE RESPONSABILIDADE UNIFORME**	

NOME:		**DATA DE ADMISSÃO:**
FUNÇÃO:	**SETOR:**	**DATA DE DEMISSÃO:**

TERMO DE UTILIZAÇÃO

Eu colaborador da empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO DO CAMPO**, declaro e confirmo ter recebido todos os uniformes especificados para o exercício de minha função, bem como a obrigatoriedade de seu uso durante a jornada de trabalho e devolve-lo ao término em caso de desligamento da empresa.
Portanto, dedico meu compromisso com a empresa em cumprir e respeitas as regras organizacionais, sendo:

1. Fazer uso do uniforme corretamente, utilizando para fins extraprofissionais;
2. Zelar pela conservação, mantendo-o sempre higienizados e limpos;
3. Devolve-los à empresa nos seguintes casos:
    - Afastamento definitivo;
    - Qualquer dano decorrente de mau uso ou falta cuidados deles;
    - Por ocasião de troca por outros;
    - Desligamento da empresa.

Assinatura: _____

RELAÇÃO ENTREGA

DATA DE ENTREGA	TAM.	DESCRIÇÃO	DATA DEVOLUÇÃO	QUANT. DEVOLVIDA	ASS.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, com endereço Avenida Robert Kennedy, 2900, Assunção, 09860-214, inscrita no CNPJ sob o nº 47.708.771/0001-00 doravante denominada **EMPREGADORA** e de outro lado _____, portador (a) da Carteira Profissional nº _____ série _____SP, nacionalidade _____, natural de _____, estado civil _____, residente e domiciliada Rua _____, doravante denominado (a) **EMPREGADO (A)**, têm como justo e acertado o presente **termo aditivo ao contrato de trabalho**:

Conforme o ART 468 da CLT, fica acordado entre as partes:

****

E, por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente Termo de Acordo Aditivo ao Contrato de Trabalho,

Biritiba Mirim, _____ de _____ de _____

_____

COLABORADOR

_____

IRMANDADE DA SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Testemunha: _____

Testemunha: _____

Art. 468 – CLT Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, e ainda assim desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia.

SANTA CASA São Bernardo do Campo	**LISTA DE PRESENÇA**	

Assunto:	
Setor:	
Local:	
Conteúdo: •	
Data:	
Carga horária:	**Horário:**
Visto(s) do Instrutor(es):	

Seq	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO	VISTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Anexo V

COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTAO EM SAÚDE

A. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de atenção básica, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

SECRETARIA DE SAÚDE
Avenida Lamartine Navarro, 514 – Centro, Mairinque – SP
CEP: 18120-003 | Telefone: (11) 4718-8691 | www.mairinque.sp.gov.br
saude@mairinque.sp.gov.br | CNPJ: 45.944.428/0001-20

PREFEITURA DE MAIRINQUE
GOVERNO DE TRABALHO, TRANSPARÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO

Mairinque, 11 de março de 2026.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900 - Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo - SP, CEP.: 09860-214, que presta serviços conforme Contrato de Gestão 016.22 com a a Prefeitura do Município de Mairinque nos termos dos seguintes:

- Contrato de Gestão 016/2022 – que teve início em 27.05.2022 e vigora até a presente data 11/03/2026;

A referida entidade presta serviços de Execução de atividade na área da saúde, em especial, Serviços de Atenção Básica, Estatégia Saúde da Família – ESF, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e Residência Terapêutica do Município de Mairinque/SP, em estreita cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos do SUS desde 27 de maio de 2022, conforme o segue:

Serviços Prestados

SERVIÇOS	2022	2023	2024	2025	Total
Atendimentos Ambulatoriais	22650	23844	24900	26420	97814
TOTAL	**22650**	**23844**	**24900**	**26420**	**97814**

João Gabriel Vieira
Secretário Municipal de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, CNPJ 47.708.771/0005-25, executa serviços conforme estabelecidos no **Contratos de Gestão nº 197/2021 e seus aditivos** com a Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos.

A referida entidade presta serviços de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA que assegure a assistência universal e gratuita à população, bem como qualidade da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS desde 01 de setembro de 2021, e mantem a qualidade, pontualidade e eficiência dos serviços, de acordo com as metas de produção abaixo detalhadas:

META QUANTITATIVA	AÇÃO / SERVIÇO / PROFISSIONAL	QUANTIDADE MENSAL PRODUÇÃO MÉDIA	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
	Consulta Médica	10594	626	677	832	702
	Atividade coletiva(profissional médico)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional mèdico)	610	1671	7220	14237	7320
	Atividade coletiva (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional ACS)	14943	39600	39600	139479	179325
	Consulta Enfermagem	5296	626	677	832	702
	Atividade Coletiva (profissional enfermeiro)	*	50	80	72	84
	Visita Domiciliar (profissional enfermeiro)	396	1473	5405	4651	4617
	Atividade coletiva (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional CAPS	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional EMAD	*	*	*	*	*
	Teleconsulta Médica	*	*	*	*	*
TOTAL		31839	43996	53579	160031	192666

TIPO DE PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	META (PRODUÇÃO MÉDIA MENSAL)	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Diagnóstico em laboratório clínico	494	15979	34565	37342	41196
	Diagnóstico por radiologia na urgência/emergência	*	*	*	*	*
	Diagnóstica por radiologia ambulatorial	308	5914	5821	6039	3696
	Métodos diagnóstico em especialidades	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por Imagem	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por teste rápido	139	734	3314	2386	1676
	Demais procedimentos	1060	6490	8966	14195	12731
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRURGICOS	Acolhimentos com classificação de risco	*	*	*	*	*
	Atendimento Médico em unidade de Pronto Atendimento	*	*	*	*	*
	Atendimento Ortopédico com imobilização proviória	*	*	*	*	*
	Administração de medicamentos	*	*	*	*	*
	Inalação / Nebulização	*	*	*	*	*
	Retirada de pontos de cirurgia básica (por paciente)	*	*	*	*	*
	Curativo grau I c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Curativo grau II c/ou s/ debriodamento	*	*	*	*	*
	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosas	*	*	*	*	*
	Demais procedimentos realizados	*	*	*	*	*
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre	*	*	*	*	*
	endimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrest	*	*	*	*	*

Declaramos ainda, que a prestação dos mencionados serviços ocorre com bom desempenho operacional, sendo que cumpre fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica ou comercialmente até a presente data.

Ferraz de Vasconcelos, 08 de junho de 2026.

CLECIO FRANCISCO GONCALVES:31962875806

Assinado de forma digital por CLECIO FRANCISCO GONCALVES:31962875806
Dados: 2026.06.09 10:36:59 -03'00'

Clécio Francisco Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, CNPJ 47.708.771/0005-25, executa serviços conforme estabelecidos no **Contratos de Gestão nº 213/2021 e seus aditivos** com a Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos.

A referida entidade presta serviços de gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, que assegure a assistência universal e gratuita à população, bem como qualidade da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS desde 16 de setembro de 2021. O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DESTINADOS A ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA, QUE ASSEGURE A ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, BEM COMO QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.

LOTE II – GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192. Compreendendo a gestão operacional de 05 (cinco) ambulâncias para atendimento das ocorrências no município de Ferraz de Vasconcelos desde 16/09/2021 até a presente data sob contrato de gestão n° 213/2021.

Ressaltamos que até a data de 03/02/2022, a entidade estava registrada sob o CNPJ nº47.708.771/0001-00 da matriz. No entanto, após o apostilamento, o registro passou a ser sob o nº. 47.708.771/0005-25 da filial. A entidade mantem a qualidade, pontualidade e eficiência dos serviços, de acordo com as metas de produção abaixo detalhadas:

META QUANTITATIVA	AÇÃO / SERVIÇO/ PROFISSIONAL	QUANTIDADE MENSAL PRODUÇÃO MÉDIA	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
	Consulta Médica	*	*	*	*	*
	Atividade coletiva(profissional médico)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional mèdico)	*	*	*	*	*
	Atividade coletiva (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Consulta Enfermagem	*	*	*	*	*
	Atividade Coletiva (profissional enfermeiro)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional enfermeiro)	*	*	*	*	
	Atividade coletiva (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional CAPS	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional EMAD	*	*	*	*	*
TOTAL 432639		*	*	*	*	*

TIPO DE PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	META (PRODUÇÃO MÉDIA MENSAL	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Diagnóstico em laboratório clínico	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por radiologia na urgência/emergência	*				
	Diagnóstica por radiologia ambulatorial	*	*	*	*	*
	Métodos diagnóstico em especialidades	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por Imagem	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por teste rápido	*	*	*	*	*
	Demais procedimentos	*	*	*	*	*
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRURGICOS	Acolhimentos com classificação de risco	970	15908	14469	13462	11656
	Atendimento Médico em unidade de Pronto Atendimento	*	*	*	*	*
	Atendimento Ortopédico com imobilização proviória	*	*	*	*	*
	Administração de medicamentos	*	*	*	*	*
	Inalação / Nebulização	*	*	*	*	*
	Retirada de pontos de cirurgia básica (por paciente)	*	*	*	*	*
	Curativo grau I c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Curativo grau II c/ou s/ debriodamento	*	*	*	*	*
	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosas	*	*	*	*	*
	Demais procedimentos realizados	60	626	677	832	702
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre	450	4806	5260	5594	5552
	endimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrest	170	2366	2503	2854	2710

Declaramos ainda, que a prestação dos mencionados serviços ocorre com bom desempenho operacional, sendo que cumpre fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica ou comercialmente até a presente data.

Ferraz de Vasconcelos, 08 de junho de 2026.

CLECIO FRANCISCO GONCALVES:31962875806

Assinado de forma digital por CLECIO FRANCISCO GONCALVES:31962875806
Dados: 2026.06.09 10:37:48 -03'00'

Clécio Francisco Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

Município de
Santa Isabel

Secretaria de Saúde
Rua Rozendo Mathias Nazareth Nº 46 - Pq São Benedido
Santa Isabel - SP - CEP 07500-000
Tel.: 11 4656-4444 - E-mail: adm.secsaude@santaisabel.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ISABEL, inscrita no CNPJ nº 56.900.848/0001-21, com sede na Avenida República, 530 – Centro – Santa Isabel - SP, por intermédio do Secretário Interino de Saúde o Sr. Felipe Nabil Vargas Bou Assi infra-assinado, portador(a) da Cédula de Identidade nº 43524650 SSP/SP e do CPF/MF nº 304.585.388-92, ATESTA para os devidos fins, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0011-73, com sede na Rua Mario Mendes de Camargo, 507 - Parque São Benedito, Santa Isabel - SP, executa para esta empresa, os serviços abaixo especificados:

1 – OBJETO: ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO, E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA); E ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES) RH SETOR DE ZOONOSE E CENTRAL DE TRANSPORTE SANITÁRIO:

ESF – Vila Guilherme – Rua Japão, nº 844, Vila Guilherme;

ESF – Jardim Eldorado – Av. Dirce de Souza Machado, nº 500, Jardim Eldorado;

ESF – Jardim Novo Éden – Rua das Rosas, nº 764, Jardim Novo Éden;

ESF – Cachoeira – Via das Cerejas, s/n, Cachoeira;

ESF – Ouro Fino – Rua do Comércio, s/n, Ouro Fino;

EACS – Pouso Alegre/ Cafundó – Estrada do Pouso Alegre, s/n, Pouso Alegre;

EACS – Jaguari – Estrada do Jaguari, s/n, Jaguari;

UBSI – "Prefeito Ilário Dassiê" – Rua Prefeito José Basilio de Alvarenga, 930 – Brotas;

UBSII – "Dr. Francisco Pedreira Ribeiro" – Avenida Brasil, s/n, Avenida Brasil;

UBSIII – Prefeito José Raimundo Lobo" – Estrada Irmã Maria Rafaela Gonçalves Correa, KM 08, Monte Negro;

UBSIV Jardim das Acácias – Rua Maria de Lourdes Saes Nunes, 220 – Jardim das Acácias;

Centro de Especialidades – Rua Prefeito José Basílio de Alvarenga, 960, Brotas;

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Rua Prefeito João Pires Filho, nº487 – Centro;

Central de Transporte Sanitário (CTS) – Rua Vereador Sebastião Claudiano, nº 975, Vila Nova;

Setor de Zoonoses – Avenida Guilherme Alfieri, nº 332, Parque São Benedito.

Operacionalizando o gerenciamento e execução das ações e serviços de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, ambulatório de especialidades, central de fisioterapia e RH da Central de transporte sanitário, zoonoses e Centro de Atenção Psicossocial.

2 – PERÍODO: de 13/07/2022 até o presente momento.

Atestamos ainda, que tais serviços estão sendo executados satisfatoriamente, não constando, em nossos registros, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

Santa Isabel, 15 de abril de 2025.

FELIPE NABIL VARGAS BOU ASSI
Secretário Interino de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Mairiporã, 24 de abril de 2026.

O MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ, sediado à Alameda Tibiriçá, 374 – CNPJ 46.523.163/0001-50, nesta cidade, neste ato representado pela Senhora **MARIA AMÉLIA SAKAMITI RODA**, Secretária Municipal da Saúde, inscrita no CPF/MF nº 055.486.528-93 atesta que a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº 47.708.771/0013-35, com sede e foro no Município de Mairiporã à Rua José Claudino dos Santos, nº 139, Terra Preta, Mairiporã/SP, CEP: 07661-725, é responsável pela GESTÃO, por meio do **Contrato de Gestão nº 90/2021**, desde 16 de setembro de 2021, estando em vigor até o presente momento, compreendendo o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE nas unidades de Saúde da Família- ESF, unidades de atenção básica e especializada de saúde municipal e Pronto Atendimento Municipal, e em conformidade com o plano de trabalho.

Atestamos ainda que, a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO,** está em conformidade com o **Contrato de Gestão nº 90/2021,** prestando os serviços com qualidade e eficiência, sempre atendendo de forma exemplar as orientações e prazos dessa Secretaria Municipal de Saúde, não havendo qualquer fato que desabone a conduta da entidade.

KELLY JANAINA MUNHOZ:26746594831
Assinado de forma digital por KELLY JANAINA MUNHOZ:26746594831
Dados: 2026.04.24 [illegible]

Kelly Janaina Munhoz
Secretária Adjunta de Saúde

MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:05548652893
Assinado de forma digital por MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:05548652893
Dados: 2026.04.24 [illegible]

Maria Amélia Sakamiti Roda
Secretária de Saúde

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 06/05/2026 14:32:38 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 6aec769-dirty

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: Atestado de Capacidade TÃ©cnica - SÃ£o Bernardo do Campo (1) (2).pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

e12d83a2fa74c0a108e8c5773909334a31b55ceb7a810d159532e19a51268308

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 2

Quantidade de assinaturas ancoradas: 2

CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:***465948**, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:***465948**, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.465.948-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Reprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Reprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 24/04/2026 15:01:41 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Mensagem de alerta: Assinaturas inválidas ou não processadas encontradas. Portanto, atualizações incrementais não foram verificadas.

Certificados utilizados

CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:26746594831, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID, C=BR

Data de emissão: 26/09/2025 13:38:31 BRT

Aprovado até: 25/09/2028 13:38:31 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SyngularID, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 18/04/2022 15:35:14 BRT

Aprovado até: 01/03/2029 20:59:59 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SyngularID, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 21/03/2022 15:00:21 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:21 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:***486528**, OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO), OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:***486528**, OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO), OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.486.528-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 24/04/2026 15:01:59 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Mensagem de alerta: Assinaturas inválidas ou não processadas encontradas. Portanto, atualizações incrementais não foram verificadas.

Certificados utilizados

CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:05548652893, OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO), OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SAFEWEB RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 13/05/2025 11:40:33 BRT

Aprovado até: 12/05/2028 11:40:33 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SAFEWEB RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 31/01/2018 15:12:26 BRST

Aprovado até: 20/02/2029 14:12:26 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

B. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de urgência e emergência, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

PREFEITURA DE
OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ no. 47.708.771/0003-63, com sede na Avenida Hilário Pereira de Souza, 492 – Bairro: Centro, no município de Osasco – SP, CEP: 06010-170, que presta serviços "referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde desenvolvidos na **Unidade de Pronto Socorro Dr. Conrado Cesarino Nuvolini – PS Santo Antônio"**, situado na Avenida João de Andrade, 958 – Jardim Santo Antônio – Osasco/SP – CEP: 06132-002 – entre a Prefeitura do Município de Osasco e a Organização Social através do Contrato de Gestão nº 097/2020 no período de 19/10/2020 a 11/01/2022 e o Contrato de Gestão nº 002/2022 iniciando em 12/01/2022 com vigência até 11/01/2025 e prorrogado até 11/01/2027, em conformidade ao Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 10/2021 e seus anexos, **não havendo nada que a desabone**.

Serviços Prestados – Médicos Assistenciais:

SERVIÇO		CG nº 097/2020 22/10/2020 a 11/01/2022	CG nº 002/2022 12/01/2022 a 31/12/2022	CG nº 002/2022 01/01/2023 a 31/12/2023	CG nº 002/2022 01/01/2024 a 31/12/2024	CG nº 002/2022 01/01/2025 a 31/12/2025
Atendimentos de Urgência e Emergência	PSI	56.950	44.345	45.629	49.110	44.557
	PSA	98.387	123.009	146.322	168.502	169.507
SADT	Exames de imagem/Radiológicos Gerais	46.012	21.646	21.512	25.457	29.997
	Exames laboratoriais/Análise Clínicas Gerais	125.861	83.202	89.380	114.139	120.811
TOTAL		327.210	272.202	302.843	357.208	364.872

PREFEITURA DE
OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de
Saúde

Os serviços prestados atendem à demanda assistencial do município de Osasco e sua macrorregião assim como as metas dos contratos em questão, também assistindo à população em concordância com as metas qualitativas e quantitativas exigidas pelo Ministério da Saúde e órgãos de classe.

Por ser Verdade, firmamos o presente.

Osasco, 06 de abril de 2026

1º TABELIÃO

Dr. FERNANDO MACHADO OLIVEIRA
Secretário Municipal de Saúde

1. TABELIAO DE NOTAS DE OSASCO - SP. TELEFONE: 3681-1282
Reconheco Por Semelhanca 1 Firma(s) SEM VALOR economico de:
FERNANDO MACHADO OLIVEIRA//////////////////////////////
OSASCO, 13 De abril De 2026. Em test._____da Verdade.

Daniele Ferreira Baldassarini Moura - Escrevente Autorizada
Valor:R$ 8,93. - Carimbo:3143250 -
Selo(s): 0671AA-911256//////////////////

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
111351
FIRMA 1
S10671AA0911256

PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRITIBA MIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Maria José de Siqueira Melo, n° 340 - Jd. Takebe - Biritiba Mirim / SP
Tel. (0xx11) 4692-4575/4692-6575/4692-1211

Biritiba Mirim
ORGULHO DE VIVER AQUI

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

RECONHECIMENTO PÚBLICO

Atestamos para os devidos fins que a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2.900, Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo – SP, CEP 09860-000, que presta serviços de Administração/Gestão ao **Pronto Atendimento "Irio Taino" na cidade de Biritiba Mirim**, através do contrato de gestão 051/2021 entre a Prefeitura Municipal de Biritiba Mirim e a Organização Social desde 22 de Outubro de 2021.

Serviços Prestados – Médicos assistenciais
Atendimentos Gerais/Totais realizados no período entre 22/10/2021 até 31/12/2023 (consultas de enfermagem, observação e triagem não incluídas): 120.457
Atendimentos médicos em horas/mês, considerando 05 médicos plantonistas no período de 24h = 1.860 horas/mês: 48.900
O serviço prestado atende a demanda da macrorregião assim como as metas do contrato em questão, também assistindo parcialmente a população em concordância com as metas qualitativas exigidas pelo Ministério da Saúde e órgãos de classe

Atenciosamente,

Biritiba Mirim, 22 de janeiro de 2024

VIRGÍNIA GARCIA LEME
Secretária Municipal de Saúde

EHB/ehb

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Saúde do Município de Barueri ATESTA para os devidos fins que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0009-59, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900, Bairro Assunção, no Município de São Bernardo do Campo – SP, CEP: 09860-000, que presta serviços à Administração Municipal de Barueri na Gestão do Pronto Socorro do Parque Imperial José Augusto dos Santos, através do CNPJ filial nº 47.708.771/002-82, situado a Rua José Martinho, 399 - Barueri – Parque Imperial – Barueri/SP, através do Contrato de Gestão nº 012/2023 desde 01 de fevereiro de 2023 até a presente data.

O **Contrato de Gestão** tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita a população realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Ortopedia com meta mensal contratada de 18.050 (dezoito mil e cinquenta) atendimentos adultos e infantil e Odontológicos com metal mensal de 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos adultos e infantil.

1. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2023

Atendimentos gerais realizados no período de 01/02/2023 a 31/12/2023:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 192.197 (cento e noventa e dois mil e cento e noventa e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.473 (quatro mil e quatrocentos e setenta e três) atendimentos.

2. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2024

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2024 a 31/12/2024:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 216.927 (duzentos e dezesseis mil e novecentos e vinte e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 5.609 (cinco mil e seiscentos e nove) atendimentos.

3. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais – 2025

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2025 a 31/08/2025:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 118.843 (cento e dezoito mil e oitocentos e quarenta e três) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.077 (quatro mil e setenta e sete) atendimentos.

A unidade gerenciada dispõe dos serviços de apoio Diagnóstico de Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia, Coleta de Exames Laboratoriais. Dispõe ainda de serviços de transporte por ambulância.

Atesta ainda, que a prestação dos serviços acima referida apresenta bom desempenho operacional, qualidade e eficiência, sendo que nada consta até a presente data que desabone.

Barueri, 01 de outubro de 2025.

MILTON MONTI
SECRETÁRIO DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Saúde do Município de Barueri ATESTA para os devidos fins que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0009-59, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900, Bairro Assunção, no Município de São Bernardo do Campo – SP, CEP: 09860-000, que presta serviços à Administração Municipal de Barueri na Gestão do Pronto Socorro do Parque Imperial José Augusto dos Santos, através do CNPJ filial nº 47.708.771/002-82, situado a Rua José Martinho, 399 - Barueri – Parque Imperial – Barueri/SP, através do Contrato de Gestão nº 012/2023 desde 01 de fevereiro de 2023 até a presente data.

O **Contrato de Gestão** tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita a população realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Ortopedia com meta mensal contratada de 18.050 (dezoito mil e cinquenta) atendimentos adultos e infantil e Odontológicos com metal mensal de 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos adultos e infantil.

1. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2023

Atendimentos gerais realizados no período de 01/02/2023 a 31/12/2023:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 192.197 (cento e noventa e dois mil e cento e noventa e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.473 (quatro mil e quatrocentos e setenta e três) atendimentos.

2. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2024

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2024 a 31/12/2024:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 216.927 (duzentos e dezesseis mil e novecentos e vinte e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 5.609 (cinco mil e seiscentos e nove) atendimentos.

3. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais – 2025

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2025 a 31/08/2025:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 118.843 (cento e dezoito mil e oitocentos e quarenta e três) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.077 (quatro mil e setenta e sete) atendimentos.

A unidade gerenciada dispõe dos serviços de apoio Diagnóstico de Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia, Coleta de Exames Laboratoriais. Dispõe ainda de serviços de transporte por ambulância.

Atesta ainda, que a prestação dos serviços acima referida apresenta bom desempenho operacional, qualidade e eficiência, sendo que nada consta até a presente data que desabone.

Barueri, 01 de outubro de 2025.

MILTON MONTI
SECRETÁRIO DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900 - Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo - SP, CEP.: 09860-000, que presta serviços de Administração/ Gestão do Pronto Socorro Jardim Rio Branco, situado na Av. Dep. Ulisses Guimarães, 857 - Jardim Rio Branco, São Vicente - SP, 11347-000- entre a Prefeitura do Município de São Vicente e a Organização Social desde o dia 21/12/2022, com vigência na data 20/12/2024, conforme termo de aditamento n° 04/2024, dispõe de **15 leitos de retaguarda Urgência e Emergência do município de São Vicente – SP,** gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde, não havendo nada que a desabone.

Leitos Operacionais:

Leitos de emergência adulto: 02 leitos
Leitos de enfermaria masculino/feminino: 08 leitos
Leitos de isolamento: 01 leito
Leitos de emergência pediátrica: 01 leito
Leitos de enfermaria pediátrica: 03 leitos

Serviços Prestados — Médicos Assistenciais: mês referência Dezembro/2025.

1. Atendimento Gerais / Totais realizados no período até o momento: 15.098.
2. Atendimentos de urgência e emergência/ PS Adulto: 8890.
3. Atendimento de urgência e emergência/ PS Infantil: 2202.

Por ser verdade, firmamos a presente.

São Vicente, 04 de maio de 2026.

MICHELLE LUIS SANTOS:34032531803

Assinado digitalmente por MICHELLE LUIS SANTOS:34032531803
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Certificado Digital PF A3, OU=Videoconferencia, OU=55965130000150, OU=AC Syngular® Multipla, CN=MICHELLE LUIS SANTOS:34032531803
Razão: Eu estou aprovando este documento
Localização:
Data: 2026.05.04 14:30:03-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

Michelle Luís Santos

Secretária de Saúde de São Vicente

SECRETARIA DE SAÚDE
Avenida Lamartine Navarro, 514 – Centro, Mairinque – SP
CEP: 18120-003 | Telefone: (11) 4718-8691 | www.mairinque.sp.gov.br
saude@mairinque.sp.gov.br | CNPJ: 45.944.428/0001-20

PREFEITURA DE MAIRINQUE
GOVERNO DE TRABALHO, TRANSPARÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO

Mairinque, 11 de março de 2026.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0015-05, com sede na Av. Milton Cardoso Leite,203 - Bairro Canguerinha, no município de Mairinque - SP, CEP.:18.120-000, que presta serviços conforme Contrato de Gestão 039.22 com a a Prefeitura do Município de Mairinque nos termos dos seguintes:

- Contrato de Gestão 039/2021 – que teve início em 01.12.2021 e vigora até a presente data 11/03/2026;

A referida entidade presta serviços de Execução de Serviços, cooperação técnica e operacional para gerenciamento e execução das atividades do Pronto Atendimento municipal de Mairinque/SP, desde 01 de dezembro de 2021.

Ressaltamos que até a data de 09/02/2024, a entidade estava registrada sob o CNPJ nº47.708.771/0001-00 da matriz. No entanto, após o apostilamento, o registro passou a ser sob o nº. 47.708.771/0015-05 da filial.

Serviços Prestados

LEITOS DE APOIO	
6	Leitos Observação P.S
3	Leitos Observação P.S Infantil
2	Leitos Urgência e Emergência Pronto Socorro
4	Sala de Atendimento Ambulatorial
TOTAL DE LEITOS: 11 e 04 Salas de Atendimento Ambulatorial	

QUANTITATIVO DE PRODUÇÃO					
SERVIÇOS	2022	2023	2024	2025	Total
Atendimentos Ambulatoriais	54580	57456	60122	67520	239678
TOTAL	**54580**	**57456**	**60122**	**67520**	**239678**

João Gabriel Vieira
Secretário Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE VISITA TÉCNICA PARA AS

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/SAMU -192

Ref. Chamamento Público nº 001/2026

Processo Administrativo nº 8.209/2026

Em cumprimento ao estabelecido no edital do Chamamento Público nº 001/2026, atesto que a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrita no CNPJ/MF sob o número 47.708.771/0001-00, sediada a Av. Robert Kenedy, nº 2.900, Assunção, São Bernardo do Campo/SP, CEP.: 09.860-000, por intermédio de seu representante legal, o Sr. **PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS**, portador da Carteira de Identidade nº 37.690.128-7 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 420.526.748-70, optou pela desistência da vistoria nas instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde/SAMU - 192, e os equipamentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Municipio de Ferraz de Vasconcelos.

São Bernardo do Campo, 17 de julho de 2026.

PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870

Assinado de forma digital por PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.20 17:58:55 -03'00'

PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS
CPF 420.526.748-70
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 20/07/2026 18:28:22 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 6aec769-dirty

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 7.1.4 - B - DeclaraÃ§Ã£o DesistÃªncia de Visita TÃ©cnica.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

33d903ec7a2dcea8ed1b0d59ebb0c792376e023156dfb6c8763ae066f838d3fd

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:***526748**, OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia, OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:***526748**, OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia, OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.526.748-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 20/07/2026 17:58:55 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870, OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia, OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/10/2025 13:42:00 BRT

Aprovado até: 20/10/2026 13:42:00 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/02/2019 12:34:56 BRST

Aprovado até: 02/03/2029 08:58:59 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 29/06/2018 15:55:20 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:20 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid