

# QUALIDADE E MELHORIA CONTÍNUA

*Política da Qualidade para  
Rede Prestadora e Cooperados*

Gestão Prazer em Cuidar  
FOCO NO CLIENTE UNIMED

**Unimed**   
Santa Bárbara  
d'Oeste e Americana

**40**  
ANOS

ANS - nº 36929-2

# ÍNDICE

O que é Resolução Normativa 277?.....	4
Política de Incentivo à Qualidade. ....	6
História da Evolução da Segurança do Paciente .....	8
Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde .....	10
Algumas Considerações da RDC nº63 de 25 de Novembro de 2011 no Momento são .....	11
Carta de Boas Práticas .....	12
Os 5 Momentos para a Higienização das Mãos.....	13
Higienize Suas Mãos .....	14
Leis Sobre O prontuário do Paciente .....	15
Ref.: Armazenamento de Prontuários .....	17
Das Condições Organizacionais RDC nº 63 .....	17
O que é o CNES? .....	20
Normativas.....	21
Informações Técnicas Alvará do Corpo de Bombeiros/ Estado de São Paulo .....	24
Identificações Sugeridas.....	27
O que é Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional? .....	29
O que é Programa de Prevenção de Riscos Ambientais? .....	30
Perfil Profissiográfico Previdenciário e a NR32 – Segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde.....	33
O que é PGRSS? Plano Gestão dos resíduos sólidos e do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde .....	35
Referências Bibliográficas Por especialidades .....	39
Unimed Santa Bárbara d’Oeste e Americana.....	42

## Dr. Emerson Assis



**A** busca pela melhoria contínua de nossos processos e serviços oferecidos, tem sido um foco no trabalho da Unimed Santa Bárbara d’Oeste, Americana e Nova Odessa.

De modo que desde maio de 2014, estamos engajados num processo de busca pela adequação interna de diversos itens de acordo com diretrizes e parâmetros que a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) nos dá a partir da Resolução Normativa – RN 277 – para Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil.

Com isso, temos percebido impactos muito positivos em diversos fatores da Operadora:

- Revisão dos processos;
- Mapeamento de atividades;
- Direcionamento de ações com foco no cliente e serviços oferecidos, dentre outros.

Tudo isso norteado pelos valores da Gestão Prazer em Cuidar, e preocupados com a solidez da presença e serviços oferecidos pela nossa Cooperativa e nossa Rede Assistencial.

Algumas atividades já foram realizadas junto aos cooperados e demais prestadores de serviço da área da saúde/assistencial, como a atualização documental de toda a rede e renovação de contratos.

Especialmente com você, nosso médico Cooperado que se enquadra, também, em nosso público de prestador de serviços, neste momento pretendemos realizar um alinhamento das ações e projetar próximas atividades tendo esse foco e objetivo principal de envolvimento e aproximação.

“Nada é tão bom que não possa ser melhorado.”

Autor: Gilmar de Freitas Vasconcelos

**Gratos de sua atenção**

Unimed Santa Bárbara d’Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico  
Qualidade e Melhoria Contínua – Política da Qualidade para Rede Prestadora e Cooperados  
Versão 2

Americana, 04 de abril de 2016

Criação e desenvolvimento: Veridiana Cristina Pedro

Apoio: Núcleo Gestão da Qualidade

Contato: qualidade.redeprestadora@unimedsa.com.br

“Sem qualidade não há credibilidade nem continuidade.”

**Rafael Silveira.**  
Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. (IBSP)

## O que é Resolução Normativa 277?

**Art. 1º** Esta resolução institui o Programa de Acreditação de OPS – Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, **com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.**

**Art. 2º** Para efeitos desta resolução, considera-se:

**I** – Programa de Acreditação de OPS (Operadora de Plano de Saúde): processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas OPS, realizado por entidades acreditadoras;

**II** – Certificado de acreditação: documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação –CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO, reconhecendo formalmente que um organismo de certificação atende a requisitos previamente definidos e demonstra possuir competência para executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O objetivo é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais

eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos beneficiários, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, a norma busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde.

A normativa é dividida em 7 dimensões:

1. Programa de Melhoria da Qualidade.
2. **Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora.**
3. Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde.
4. Satisfação dos Beneficiários
5. Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde.
6. Estrutura e Operação.
7. Gestão.

A normativa se resume em **Melhoria da Qualidade** prestada ao beneficiário e como consequência garantir segurança ao cooperado e rede prestadora.

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Define: “Qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consis-

tentes com o conhecimento=profissional atual”.

A IOM O Instituto de Medicina determina estes 6 atributos de qualidade que são:

**Segurança:** Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.

**Efetividade:** Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).

**Cuidado centrado no paciente:** Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.

**Oportunidade:** Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

**Eficiência:** Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

**Equidade:** Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.



# Política de Incentivo à Qualidade.

## Incentivo à melhoria da qualidade na rede prestadora Unimed

Com o objetivo de avaliar o nível de qualificação e aprimorar as melhorias contínuas de processos e resultados, incluindo a segurança de seus beneficiários e relacionamento de respeito com sua **Rede Prestadora de Atendimento**, a Unimed Santa Bárbara d'Oeste e Americana busca o incentivo e participação contínua de seus prestadores em:

- Cumprir a legislação brasileira vigente;
- Garantir resultados assistenciais com visão e práticas de excelência;
- Reduzir custos de implantação e manutenção de segurança do paciente;
- Submeter-se ao processo de qualificação;
- Implantar ferramentas do sistema de gestão da qualidade visando atender a resolução **RDC 36** (Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que tem por objetivo: “instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”;
- Implantar protocolos de segurança do paciente (Ministério da Saúde);

### A normativa RDC nº 36 atualmente define:

**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 - 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;

**III - Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

**IV - Evento adverso:** incidente que resulta em dano à saúde;

**V - Garantia da qualidade:** totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

**VI - Gestão de risco:** aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

**VII - Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

**VIII - 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;

**IX - 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 a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

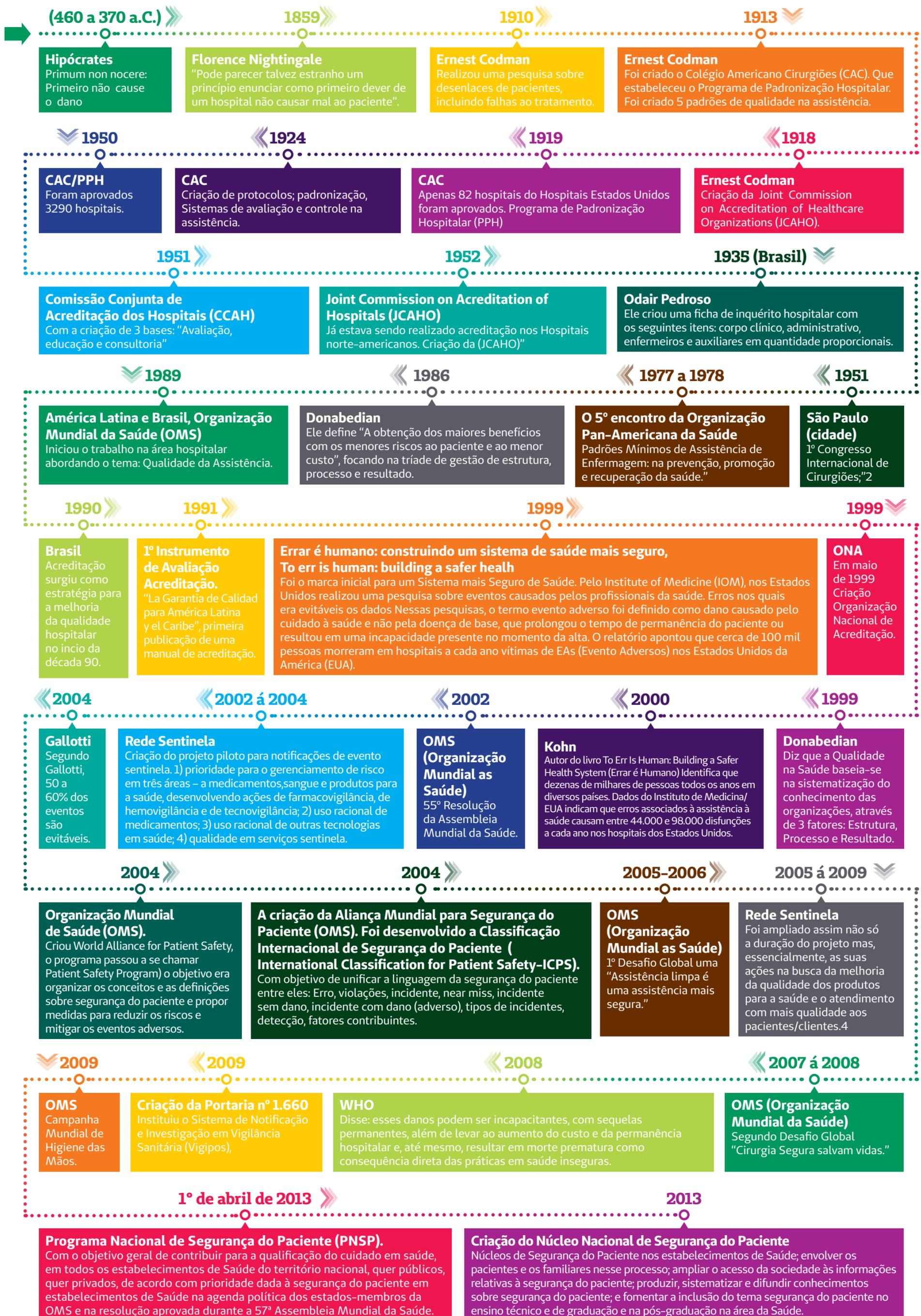
**X - Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

**XI - Serviço de saúde:** estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

**XII - Tecnologias em saúde:** conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.



# História da Evolução da Segurança do Paciente





## Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

**Art. 8º** O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I** - Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II** - Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III** - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV** - Identificação do paciente;
- V** - Higiene das mãos;
- VI** - Segurança cirúrgica;
- VII** - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII** - Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX** - Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X** - Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI** - Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII** - Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII** - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV** - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV** - Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI** - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII** - Promoção do ambiente seguro.

## Algumas considerações da RDC nº63 de 25 de Novembro de 2011 no momento são:

### Objetivo

**Art. 2º** Este Regulamento Técnico possui o objetivo de estabelecer requisitos de boas práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

### Abrangência

**Art. 3º** Este Regulamento Técnico se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

### Definições

**Art. 4º** Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

**I - Garantia da qualidade:** totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem;

**IV - Licença atualizada:** documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

**V - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):** documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

**VI - política de qualidade:** refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, formalmente expressa e autorizada pela direção do Serviço de saúde.

**VII - profissional legalmente habilitado:** profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;

**VIII - prontuário do paciente:** documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados 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;

**CARTA DE BOAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NECESSÁRIAS:**

**CULTURA DE SEGURANÇA**

1. Prestação de contas para a qualidade
2. Os eventos adversos
3. Os eventos adversos relatórios
4. Relatórios trimestrais de segurança do cliente
5. Relacionadas com a segurança do cliente; análise prospectiva

**WORKLIFE / WORKFORCE**

19. Fluxo de clientes
20. Segurança do cliente: educação e formação
21. Plano de segurança do cliente
22. Programa de manutenção preventiva
23. Prevenção da violência no local de trabalho.

**COMUNICAÇÃO**

6. Função do beneficiário e família em segurança
7. Abreviaturas perigosas
8. Transferência de informação
9. Reconciliação medicação como uma prioridade estratégica
10. Reconciliação de medicação nas transições de cuidados
11. Lista de verificação cirurgia segura
12. Dois identificadores de beneficiário.

**CONTROLE DE INFECÇÃO**

24. Cumprimento de higienização das mãos.
25. Educação e formação de higienização das mãos.
26. As taxas de infecção.

**Uso de medicamentos**

13. Gestão de antimicrobianos
14. Eletrólitos concentrados
15. Segurança heparina
16. Medicamentos de alto alerta
17. Bombas de infusão formação
18. Segurança narcóticos.

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

28. Estratégia de prevenção quedas.
29. Início de avaliação de riscos de segurança
30. Prevenção de úlceras de pressão
31. Pele e cuidado da ferida prevenção
32. Suicídio
33. O tromboembolismo venoso (TEV) profilaxia

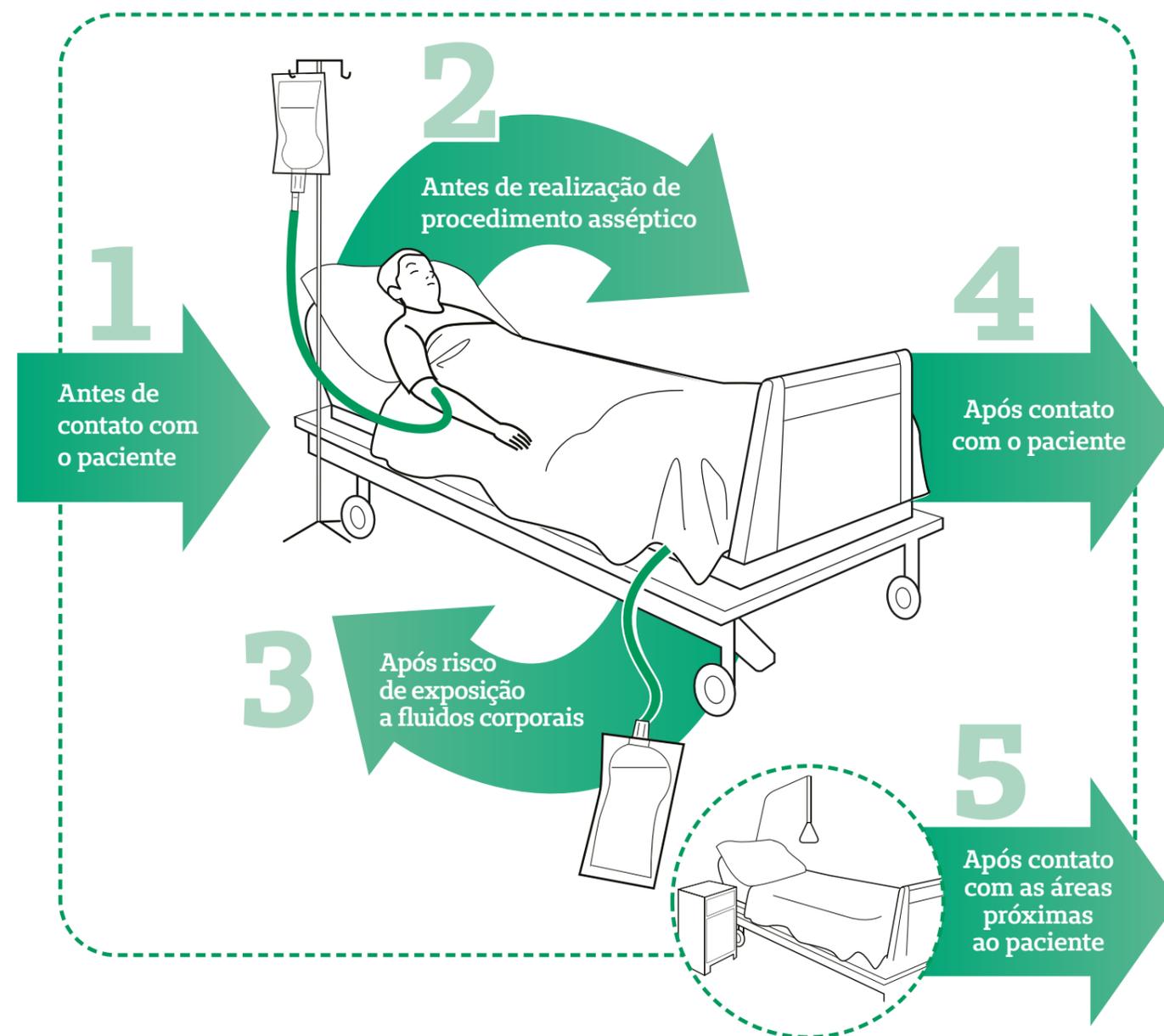
**CERTOS PARA ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO.**

1. Prescrição certa
2. Paciente certo
3. Medicamento certo
4. Validade certa
5. Via certa
6. Hora certa
7. Dose certa



8. Anotação certa
9. Forma Farmacêutica certa
10. Compatibilidade Medicamentosa
11. Tempo de administração
12. Ação do medicamento
13. Orientação do Paciente
14. Direito de recusar a Medicação

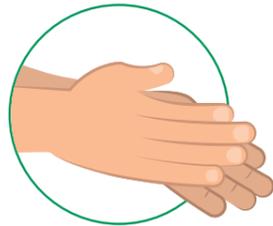
# Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



# Higienize SUAS MÃOS



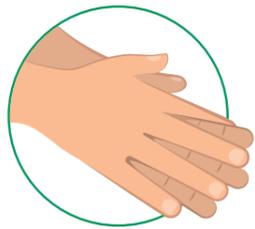
**1** Molhe suas mãos e aplique o sabão.



**2** Friccione as palmas das mãos.



**3** Friccione o dorso e espaço entre os dedos.



**4** Friccione as costas da mão com a palma da outra, com movimentos de vai e vem.



**5** Friccione os polegares com o auxílio das palmas das mãos.



**6** Friccione as pontas dos dedos contra a palma da outra mão.



**7** Friccione os pulsos com movimentos circulares.



**8** Enxágue as mãos, evitando contato com a torneira.



**9** Seque bem as mãos e os punhos.

## Leis Sobre O prontuário do Paciente:

**Digitalização e Microfilmagem dos Documentos Hospitalares.** Se baseia na Lei de número de 5.433 do ano 08/05/1968 que foi regulamentada pelo Decreto número 64.398/69, regula a microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências, a lei também comenta sobre a digitalização. A microfilmagem pode ser realizada no 5º anos de arquivo do prontuário.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo responde 10 questões mais comuns sobre o prontuário do paciente.

### **1** A quem pertence o prontuário médico, ao paciente ou ao médico/hospital?

É elaborado pelo médico, atendendo ao artigo 87 do Código de Ética Médica, e diz respeito ao médico, porque o elabora, coletando dados de história clínica, exames laboratoriais e radiológicos, o raciocínio médico, sua conclusão diagnóstica e conduta terapêutica; e pertence ao paciente, porque esses dados lhe dizem respeito, e revelam sua intimidade física, emocional, mental, além de outras particularidades. Pertence, portanto, ao paciente ficando sob a guarda do médico/hospital.

### **2** Quanto tempo o médico/hospital deve guardar o prontuário?

Conforme dispõe a Resolução CFM1.821/07, o prontuário deve ser guardado conforme referenciado na lei, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, e após decorrido esse prazo o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

### **3** O paciente pode solicitar o seu prontuário médico?

É de nosso entendimento que o artigo 88

do Código de Ética Médica garante ao paciente o manuseio e cópia de toda a documentação que integra o prontuário, a menos que isto ponha em risco a saúde do mesmo. Caso isso ocorra, as partes que possam causar-lhe prejuízos devem ser suprimidas ou mesmo todo prontuário, devendo ser-lhe entregue um laudo que contenha, genericamente, informações sobre sua saúde e as providências que estão sendo tomadas.

### **4** Os familiares e/ou responsável legal do paciente podem solicitar o prontuário médico?

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente é necessário que este autorize o acesso pretendido ao prontuário. Na hipótese de que o paciente não tenha condições para isso as informações devem ser dadas sob forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a "causamortis" e o prontuário só pode ser liberado mediante ordem judicial. Quando a solicitação for do responsável legal pelo paciente, sendo este menor ou incapaz, o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

### **5** Podemos Convênios Médico se/ou Companhias de Seguro solicitar o prontuário para conferência?

Salvo haja autorização expressa do paciente, é vedado ao médico fornecer tais informações, nos termos do artigo 73 do Código de Ética Médica, que reza: É vedado ao médico: Artigo 73-Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

## Leis Sobre O prontuário do Paciente:

### 6 Quando há solicitação de Autoridades Policiais e/ou Judiciárias, como proceder?

Com relação ao pedido de cópia do prontuário pelas Autoridades Policiais e/ou Judiciárias, vale tecer alguns esclarecimentos sobre segredo médico. O segredo médico é uma espécie de segredo profissional, ou seja, resultadas confidências que são feitas ao médico pelos seus pacientes, em virtude da prestação de serviço que lhes é destinada. O segredo médico compreende, então, confidências relatadas ao profissional, bem como as percebidas no decorrer do tratamento e, ainda, aquelas descobertas e que o paciente não tem intenção de informar.

**Desta forma, o segredo médico é, penal (artigo 154 do Código Penal) e eticamente, protegido (artigo 73 e seguintes do Código de Ética Médica), na medida em que a intimidade do paciente deve ser preservada.**

Assim, há que se ressaltar que o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade policial ou judiciária, pois não há disposição legal que respalde ordens desta natureza. Entretanto, ocorrendo as hipóteses de “justa causa” (circunstâncias que afastam a ilicitude do ato), “de ver legal (dever previsto em lei, decreto, etc) ou autorização expressa do paciente por escrito, o profissional estará liberado do segredo médico.

Veamos o que se entende por “justa causa” e “dever legal” Justa Causa - fundamenta-se na extensão de estado de necessidade. Haverá Justa Causa quando a revelação foro único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro. Dever Legal - deriva não vontade de quem o confia a outrém, mas de condição profissional, em virtude da qual ele é confiado e na natureza dos deveres que, no interesse geral, são impostos aos profissionais. Logo, com as exceções fei-

tas acima, aquele que revelar as confidências recebidas em razão de seu exercício profissional deverá ser punido.

### 7 Como resolver o impasse?

A solução para que as autoridades obtenham informações necessárias é que elas nomeiem um perito médico, afim de que o mesmo manuseie os documentos e elabore laudo conclusivo sobre o assunto. Ou então, solicitar ao paciente a autorização para fornecer o laudo médico referente a seu estado.

### 8 O médico pode prescrever no prontuário de forma ilegível?

O Código de Ética Médica, através de seus artigos 11 e 21, veda ao médico receitar de forma secreta ou ilegível, ou infringir legislação pertinente (Lei 5.991/73 e Decreto 20.931/32), ensejando sua inobservância a instauração de processo disciplinar.

### 9 O que fazer com os prontuários de pacientes de médico falecido?

O arquivo de médico particular falecido sem herdeiro profissional deve se incinerado por pessoa de convivência diária direta, familiares ou secretária particular (Parecer CFM nº31/95).

### 10 Qual a legalidade de se manter arquivo apenas eletrônico no consultório?

Inexiste exigência no Código de Ética Médica de manter arquivo escrito, e o que importa, efetivamente, é o sigilo das informações e a sua recuperabilidade. Assim sendo, nada obsta que o médico utilize computadores no desempenho de suas atividades (Parecer CFM nº14/93 e Parecer CFM nº38/97).

## Ref.: Armazenamento de Prontuários

Prestador,

Em cumprimento da resolução nº1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que regula o armazenamento de prontuários médicos, a Unimed Santa Bárbara d'Oeste, Americana e Nova Odessa reforça a importância da conservação adequada de prontuários de beneficiários Unimed arquivados em sua instituição.

É de responsabilidade de cada instituição o arquivamento adequado e por tempo indeterminado dos prontuários existentes desde a inclusão da sua instituição na rede prestadora da Unimed, seja por meio impresso ou digital.

Sendo assim, os prontuários de beneficiários Unimed devem permanecer disponíveis na instituição, arquivados de modo que sua integridade seja preservada.

Para isso, colocamos à sua disposição no link <http://unimed.me/1001M8> o Manual de Recomendações para a Produção e o Armazenamento de Documentos de Arquivo, que auxiliará no armazenamento adequado e na preservação da qualidade dos prontuários.

A boa conservação dos prontuários depende dos procedimentos adotados em sua produção, tramitação e do local de armazenamento.

O prontuário é um documento valioso para o paciente, para a sua instituição geradora.

Ressaltamos, ainda, que os prontuários médicos são um meio de registro, ensino, pesquisa, além de um instrumento de defesa legal, por isso a relevância do seu arquivamento com qualidade.

Tire todas as dúvidas sobre o armazenamento dos seus prontuários através do Portal do Cooperado e no site [www.unimedsa.com.br](http://www.unimedsa.com.br)

## Das Condições Organizacionais RDC nº 63

**Art. 13 O serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.**

### DOCUMENTOS OBRIGATORIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSO

- 1) Preencher a Declaração de Compromisso de Cooperado
- 2) Comprovante do endereço consultório
- 3) Comprovante de endereço residencial
- 4) Cópia Diploma Médico
- 5) RQE – Registro de Qualificação de Especialista
- 6) Cópia Carteiro do CRM e recibo anuidade
- 7) Cópia do Título de Especialista ou Comprovante de Residência Médica, reconhecido oficialmente
- 8) Cópia da CNES
- 9) Cópia do CPF E RG
- 10) Número do RQE
- 11) Cópia ISSQN (somente pessoa jurídica)
- 12) Cópia INSS
- 13) Apresentar Certidão Negativa do CFM./CRM. de condenação em processos administrativos ou éticos;
- 14) Apresentar Certidão negativa de distribuição de feitos e cíveis
- 15) Mini Currículo

## COMPROMISSO INICIAL DE COOPERATIVISTA

A UNIMED DE SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, uma entidade sem fins lucrativos e aberta a todos os médicos legalmente inscritos no CREMESP, e que estejam plenamente de acordo com seus Estatutos Sociais, e Regimento Interno.

A concordância em ser cooperado implica em se aceitar todas as condições previstas, e aquelas que sejam decididas pelos órgãos Diretivos e/ou aprovadas pelos Conselhos.

Relatório e Ficha Cadastral de Ingresso Médico		
Nome completo: _____		
Formação: _____	Residência Médica: _____	
Especialização: _____	Área que vai atuar: _____	
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	CRM: _____ (dado obrigatório)	
Número RQE _____ (dado obrigatório)	CPF: _____ (dado obrigatório)	
RG: _____ (dado obrigatório)	Filiação: _____	
Orgão emissor: _____ (dado obrigatório)	_____	
INSS: _____ (dado obrigatório)	(CNES) _____ (dado obrigatório) Código Nacional de Estabelecimento de Saúde	
Estado civil: _____	Nome esposa (0) _____	
Dependentes para IRRF: (relacionar nomes e data de nascimento)		
_____		
_____		
_____		
Endereço de consultório: _____		
Cidade: _____	CEP: _____	Telefone: _____
Endereço residencial: _____		
Cidade: _____	CEP: _____	Telefone: _____
Email: _____		Celular: _____
Banco: Unicred	Agência: _____	Conta corrente: _____
Data da Proposta ____ / ____ / ____	Assinatura do proposto _____	

## PARECER E DECISÕES DO CONSELHO TÉCNICO

Parecer do Conselho Técnico \_\_\_\_\_

Data da reunião: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Participantes:

#### PROPOSTA PARA INGRESSO NA COOPERATIVA

Dr (a) \_\_\_\_\_, residente na cidade de \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_, com consultório em \_\_\_\_\_, proposto para sócio desta Cooperativa, compromete-se a obedecer às normas do Estatuto Social e do Regimento Interno da mesma, subscrever a quota-parte do Capital Social da Cooperativa a ser integralizada conforme prevê o estatuto, com pagamento de uma parcela inicial no importe de **5% do valor total da quota-parte, com carência de 6 (seis) meses para o saldo remanescente, a ser recolhido mensalmente em 60 parcelas. Pagar a taxa de matrícula (despesas de cadastro, integração, treinamento e inscrição) no valor equivalente a 20 (vinte) consultas do plano tradicional, antes do início da prestação de serviço.**

Declara que tem livre disposição de sua pessoa e bens.

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do Proposto \_\_\_\_\_

#### Lista de documentos para credenciamento

- Contrato Social/ Estatuto Social e todas as alterações;
- Cartão CNPJ;
- Registro no Conselho Regional Profissional PF e/ou PJ;
- Comprovante Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde – CNES (sede e filiais);
- Inscrição Municipal;
- Inscrição Estadual; (se houver)
- Documentos pessoais (RG e CPF) dos responsáveis pela assinatura do instrumento contratual;
- Procuração dos representantes que firmarem o instrumento contratual; (se houver)
- Inscrição válida nos órgãos específicos que regulam/fiscalizam a atividade contratada (sede e filiais);
- Certidão Negativa (Municipal / Estadual / Federal);
- Guia de Recolhimento dos Impostos de Natureza Trabalhista (FGTS) e Previdenciário (INSS);



## O que é o CNES?

É a sigla do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde (PT/SAS 511/2000), onde determina que todos os estabelecimentos que prestem assistência à saúde, públicos e privados existentes em todo território nacional devem cadastrar-se. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.

É a base para o Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos profissionais que executam ações e ou serviços de Saúde pelo SUS no país.

O número do CNES identifica o estabelecimento de saúde junto ao Ministério da Saúde e conforme Resolução Normativa ANS 71/2004, passou a ser requisito dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras e prestadores de saúde, definiu a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como identificador inequívoco do prestador.

Estabelecimentos de Saúde (ES) – Denominação dada ao local destinado a realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade.

### OBJETIVO DO CNES:

Cadastrar todos os estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais (consultório médico ou odontológico isolado, consultórios de psicologia, fisioterapia, policlínicas, clínicas especializadas, laboratórios, serviços de diagnose e terapia ou, ainda, unidade de Vigilância Sanitária ou epidemiológica), componentes da rede pública e privada, existentes no país e, manter atualizado os bancos de dados nas bases locais e federal, sendo importantíssimo para a área de planejamento, regulação, avaliação, controle, auditoria e de ensino/pesquisa.

## COMO SE CADASTRAR E OBTER O Nº DO CNES:

O Cadastro é realizado através do fornecimento das informações através de formulários específicos por parte do responsável do estabelecimento de saúde. Estas fichas estão disponíveis em duas “modalidades”, verificar quais delas é pertinente ao estabelecimento solicitante:

**1- CNES SIMPLIFICADO:** Destinado ao cadastro de consultórios isolados: entende-se “consultório isolado”, sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de Saúde de nível superior. Neste conceito se encaixam os consultórios existentes num mesmo andar, prédio, com CNPJ ou CPF, atuando de forma isolada com alvará sanitário independente.

**2 - CNES COMPLETO:** Destinado ao cadastro de Hospitais, clínicas especializadas, policlínicas, laboratórios, Unidade de diagnose e terapia, etc., exige CNPJ devidamente ativo na Receita Federal com CNAE (classificação nacional de atividades econômicas na área da saúde).

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Cópia do Alvará Sanitário ou protocolo;
- Cópia do cartão CNPJ ou CPF;
- 02 vias (de cada ficha) do formulário CNES;
- Requerimento devidamente assinado e preenchido (1 via).

Eventualmente para estabelecimentos de menor complexidade, em casos em que o processo de alvará sanitário esteja em andamento, poderá ser aceita cópia do protocolo do Alvará Sanitário, caso o mesmo seja INDEFERIDO, o nº do CNES será cancelado pelo gestor municipal.

Para acesso as instruções, requerimento, fichas, e manuais utilize o site CNES <http://cnes.datasus.gov.br/> Dúvidas sobre CNES ligue para 136 opção 8.

## LIBERAÇÃO DO NÚMERO DO CNES:

Após recebimento das fichas e documentação necessária, será feita análise, processamento e aprovação do cadastro pelo Gestor Municipal, onde será liberado o código CNES, que será comunicado através de e-mail ao estabelecimento para retirada na Secretaria da Saúde/ Departamento de Planejamento da Assistência à Saúde/Divisão Técnica de Avaliação e Controle.

## Normativas:

### Estrutura Física: Legislação em Vigilância Sanitária.

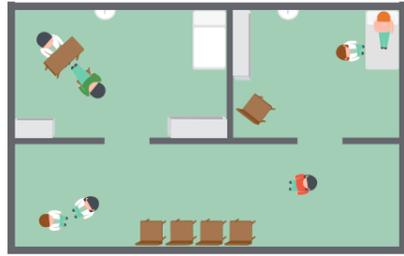
#### RESOLUÇÃO - RDC Nº. 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002.

**Art. 1º** Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

- NR10. 10.2.4.1.1. É proibida a ligação simultânea de mais de um aparelho à mesma tomada de corrente, com o emprego de acessórios que aumentem o número de saídas, salvo se a instalação for projetada com essa finalidade. (110.025-4 / I2)
- NBR 14136-2002. Plugues e tomadas para uso doméstico e análogo até 20 A/250 V em corrente alternada – Padronização.

## GRUPO 0

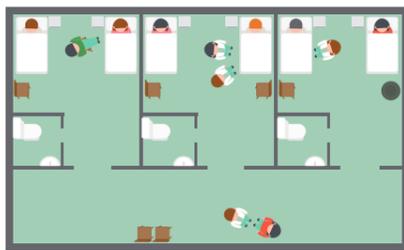


### Exemplos de locais médicos

- Consultórios médicos
- Salas de exames e curativos
- Salas de massagem

Falha na tensão normal de alimentação Desconexão na primeira falha	
Paciente em risco?	NÃO
Exame ou procedimento pode ser repetido ou interrompido?	SIM
Uso de partes aplicadas de equipamentos eletromédicos	NÃO

## GRUPO 1

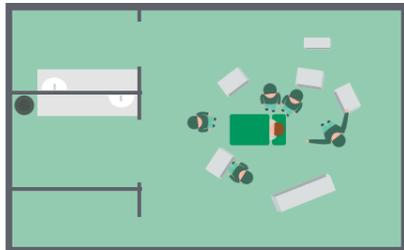


### Exemplos de locais médicos

- Quartos
- Salas de hemodiálise
- Salas de fisioterapia

Falha na tensão normal de alimentação Desconexão na primeira falha	
Paciente em risco?	NÃO
O exame ou tratamento pode ser repetido ou interrompido?	SIM
Uso de partes aplicadas de equipamentos eletromédicos	
Externa ou internamente exceto onde a descontinuidade elétrica pode colocar a vida em risco (ex. procedimentos intracardíacos)	SIM

## GRUPO 2



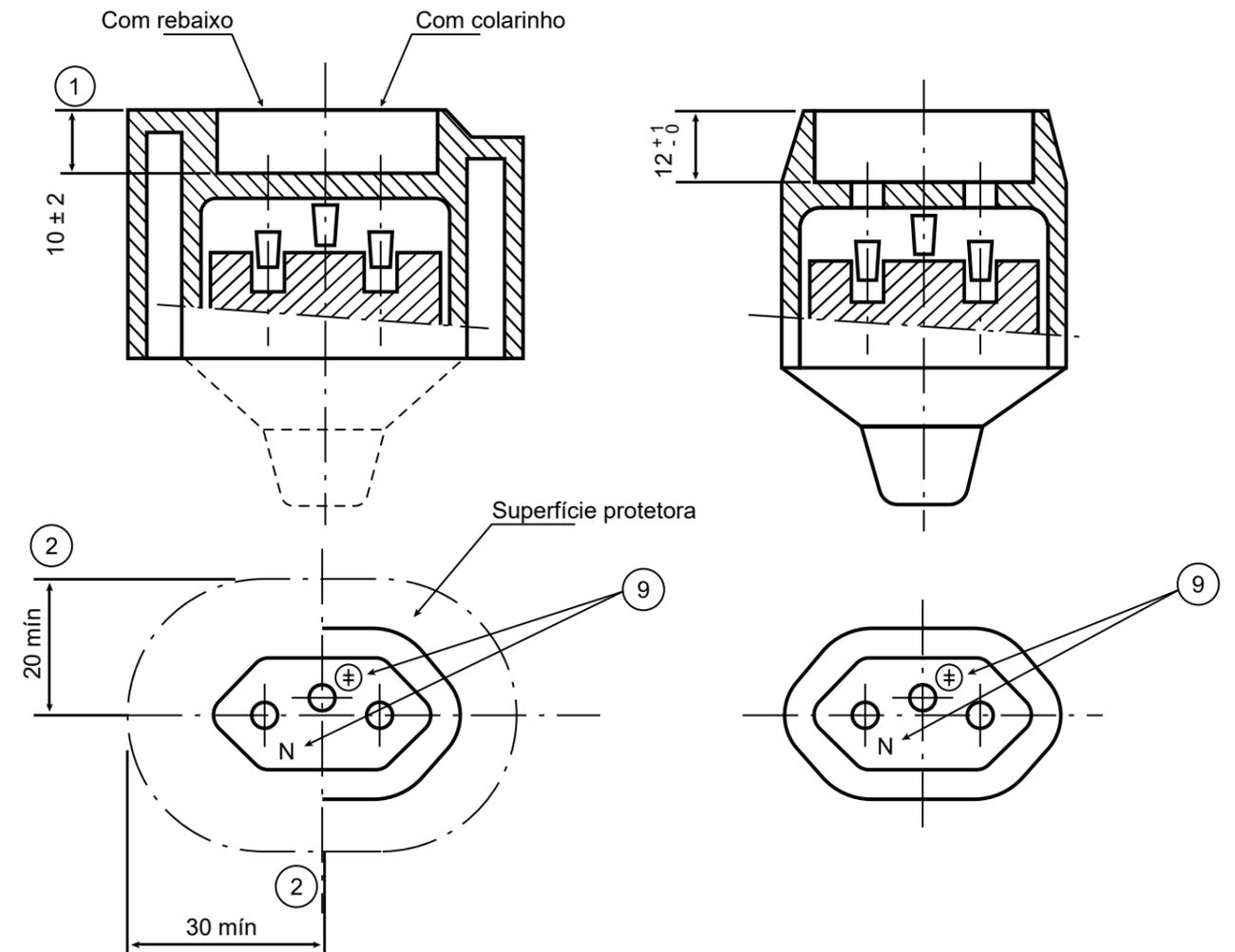
### Exemplos de locais médicos

- Centros cirúrgicos
- Salas de cateterismo
- UTI adulto e neonatal
- Salas de hemodianaâmica

Falha na tensão normal de alimentação Desconexão na primeira falha	
Paciente em risco?	SIM
O exame ou tratamento pode ser repetido ou interrompido?	NÃO
Uso de partes aplicadas de equipamentos eletromédicos	
Em procedimentos intracardíacos, cirúrgicos, de sustentação à vida, onde a descontinuidade elétrica pode colocar a vida em risco	SIM

- NBR 9050 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

- Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública Polícia Militar do Estado De São Paulo Corpo de Bombeiros. Instrução Técnica nº. 11/2011 Saídas de emergência conforme lei vigente.



Com superfície protetora

Sem superfície protetora

- As tomadas possuem um único padrão tanto para 127v quanto 220v, sugerimos a identificação das tomadas para uma maior segurança. Ou até mesmo a instalação de tomadas da cor vermelha para voltagem de 220v. Em ambientes que possuem um grande fluxo de criança; sugerimos que as tomadas sejam ocluídas com o protetor de tomada para evitar choque elétrico.

- NBR 13534-Instalações elétricas em estabelecimento assistenciais de Saúde. Requisitos para Segurança.

- NBR 5410 Instalações elétricas de baixa tensão

# Informações Técnicas Alvará do Corpo de Bombeiros/ Estado de São Paulo

## Lei vigente do momento

### A.V.C.B. (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros).

### C.L.C.B. (Certificado de Licença do Corpo de Bombeiros).

• Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (A.V. C. B.), é o documento emitido pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (CBPMESP) certificando que, durante a vistoria, a edificação possuía as condições de

segurança contra incêndio (É um conjunto de medidas estruturais, técnicas e organizacionais integradas para garantir a edificação um nível ótimo de proteção no segmento de segurança contra incêndios e pânico.), previstas

pela legislação e constantes no processo, estabelecendo um período de revalidação.

### Em que casos é obrigatório o A.V.C.B / C.L.C.B.

- **I** – construção e reforma;
- **II** – mudança da ocupação ou uso;
- **III** – ampliação da área construída;
- **IV** – regularização das edificações e áreas de risco;
- **V** – construções provisórias (circos, eventos, etc.).

### Em que casos não é obrigatório o A.V.C.B / C.L.C.B.

- **I** – residências exclusivamente unifamiliares;
- **II** – residências exclusivamente unifamiliares localizadas no pavimento superior de ocupação mista, com até dois pavimentos e

que possuam acessos independentes.

- Quando existirem ocupações mistas que não sejam separadas por compartimentação, aplica-se as exigências da ocupação de maior risco. Caso haja compartimentação aplicam-se as exigências de cada risco específico.

## CERTIFICADO DE LICENÇA DO CORPO DE BOMBEIROS (CLCB)

• Certificado de Licença do Corpo de Bombeiros (C.L.C.B.) é o documento emitido pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (CBPMESP), certificando que a edificação foi enquadrada com sendo de baixo potencial de risco à vida ou ao patrimônio e concluiu com êxito o processo de segurança contra incêndio para regularização junto ao Corpo de Bombeiros. O CLCB possui a mesma eficácia do AVCB para fins de comprovação de regularização da edificação perante outros órgãos.

### Solicitação de CLCB para:

- a)** – edificação térrea;
- b)** – não comercializar GLP (Gás Liquefeito de Petróleo);
- c)** – se houver utilização de GLP, possuir no máximo 90 Kg de gás;
- d)** – não possuir qualquer outro tipo de gás inflamável em tanque ou cilindro;
- e)** – armazenar no máximo 250L de líquido inflamável ou combustível;
- f)** – Declaração do Proprietário ou Responsável pelo uso da edificação;
- g)** – anotação de responsabilidade técnica (ART), quando exigidos.

## PROJETO TÉCNICO SIMPLIFICADO

- Solicitação de Orçamento
- Empresa:
- Nome de Contato: (\*)
- Telefone: (\*) Digite apenas números
- Endereço: (\*)
- Cidade: (\*)
- Bairro:
- E-mail: (\*)
- Tipo do A.V.C.B.
- A.V.C.B. Novo/Renovação de A.V.C.B.
- Ramo de atividade:
- Área Construída M<sup>2</sup>:
- Número de Andares:

### O que deseja informar mais sobre o A.V.C.B.?

- Características da edificação e/ou área de risco;
- O Projeto Técnico Simplificado é utilizado para apresentação dos sistemas de segurança contra incêndio das edificações, instalações ou áreas de risco.

### Composição:

- a)** – formulário de segurança contra incêndio;
- b)** – anotação de responsabilidade técnica (ART) do responsável técnico sobre os riscos específicos existentes na edificação, instalação ou área de risco, tais como: gases inflamáveis e vasos sob pressão entre outros.

### Prazo de validade do AVCB/CLCB

- a)** – de 2 a 5 anos, dependendo da avaliação do risco por parte do CBESP.
- b)** – após o pagamento dos emolumentos, o Projeto Técnico deve ser apresentado em

no mínimo duas vias e no máximo três vias, na seção de protocolo do Serviço de Segurança Contra Incêndio do CBPMESP;

- c)** – o Serviço de segurança contra incêndio tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias para analisar o Projeto Técnico;
- d)** – o Projeto Técnico deve ser analisado conforme ordem cronológica de entrada;
- e)** – a ordem do item anterior pode ser alterada para o atendimento das ocupações ou atividades temporárias, conforme cada caso.

### Solicitação de vistoria

A vistoria do CBPMESP na edificação é realizada mediante solicitação do proprietário, responsável pelo uso ou responsável técnico com a apresentação dos documentos.

Deve ser recolhido o emolumento junto à instituição bancária estadual autorizada de acordo com a área construída especificada no Projeto Técnico a ser vistoriado.

Após o pagamento do respectivo emolumento, o CBPMESP deve fornecer um protocolo de acompanhamento da vistoria, que contém um número sequencial de entrada.

Devido à peculiaridade do tipo de instalação ou ocupação, o Serviço de Segurança Contra Incêndio deve declinar do princípio da cronologia e realizar a vistoria do Projeto Técnico para Instalações e Ocupações Temporárias e do Projeto Técnico de Ocupação Temporária em Edificação Permanente no menor prazo possível.

## Informações Técnicas Alvará do Corpo de Bombeiros/ Estado de São Paulo:

### Documentos para solicitação de vistoria

Anotação de Responsabilidade Técnica:

- a) de instalação e/ou de manutenção dos sistemas e equipamentos de proteção contra incêndio;
- b) de instalação e/ou de manutenção dos sistemas de utilização de gases inflamáveis;
- c) de instalação e/ou manutenção do grupo moto gerador;
- d) de instalação e/ou manutenção do sistema de pressurização da escada de segurança;
- e) de instalação e/ou manutenção do revestimento dos elementos estruturais protegidos contra o fogo;
- f) de inspeção e/ou manutenção de vasos sob pressão;
- g) de instalação e/ou de manutenção do sistema de Elétrica e SPDA
- h) de instalação e/ou de manutenção dos sistemas de chuveiros automáticos
- i) outros que, devido peculiaridades do processo, sejam necessários.
- j) Atestado de brigada contra Incêndio

- k) Laudo de teste para sistemas especiais: espuma, chuveiros automáticos, detecção e alarme de incêndio, dentre outros
- l) Plano de intervenção de incêndio (quando da renovação do AVCB).

### Durante a vistoria

O responsável pela edificação a ser vistoriada deve prover de pessoa habilitada com conhecimento do funcionamento dos sistemas e equipamentos de proteção contra incêndios para que possa manuseá-los quando da realização da vistoria.

### Emissão do Auto de Vistoria do CBPMESP

Após a realização da vistoria na edificação, e aprovação pelo vistoriador, deve ser emitido pelo Serviço de Segurança Contra Incêndio, o respectivo Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) em aproximadamente 15 dias.

## Identificações Sugeridas:

### Símbolos complementares:

Os símbolos complementares devem ser utilizados para indicar as facilidades existentes nas edificações, no mobiliário, nos espaços e equipamentos urbanos e serviços oferecidos. Os símbolos complementares são compostos por figuras que podem ser inseridas em quadrados ou círculos.

### Símbolos internacionais de sanitários

Todos os sanitários devem ser sinalizados com o símbolo internacional de sanitário, de acordo com cada situação, conforme a baixo. (Da direita para a esquerda, Sanitário Feminino, Sanitário Masculino, Sanitários Masculinos e Femininos e Sanitário Familiar).



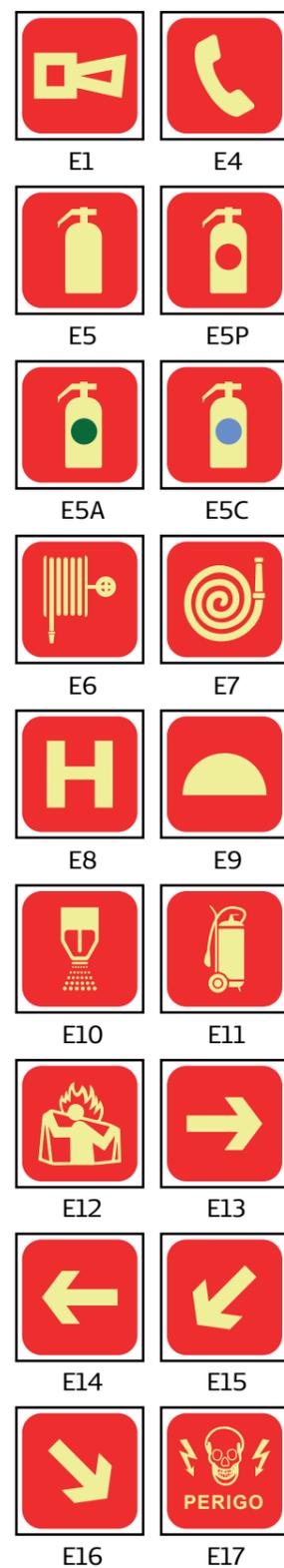
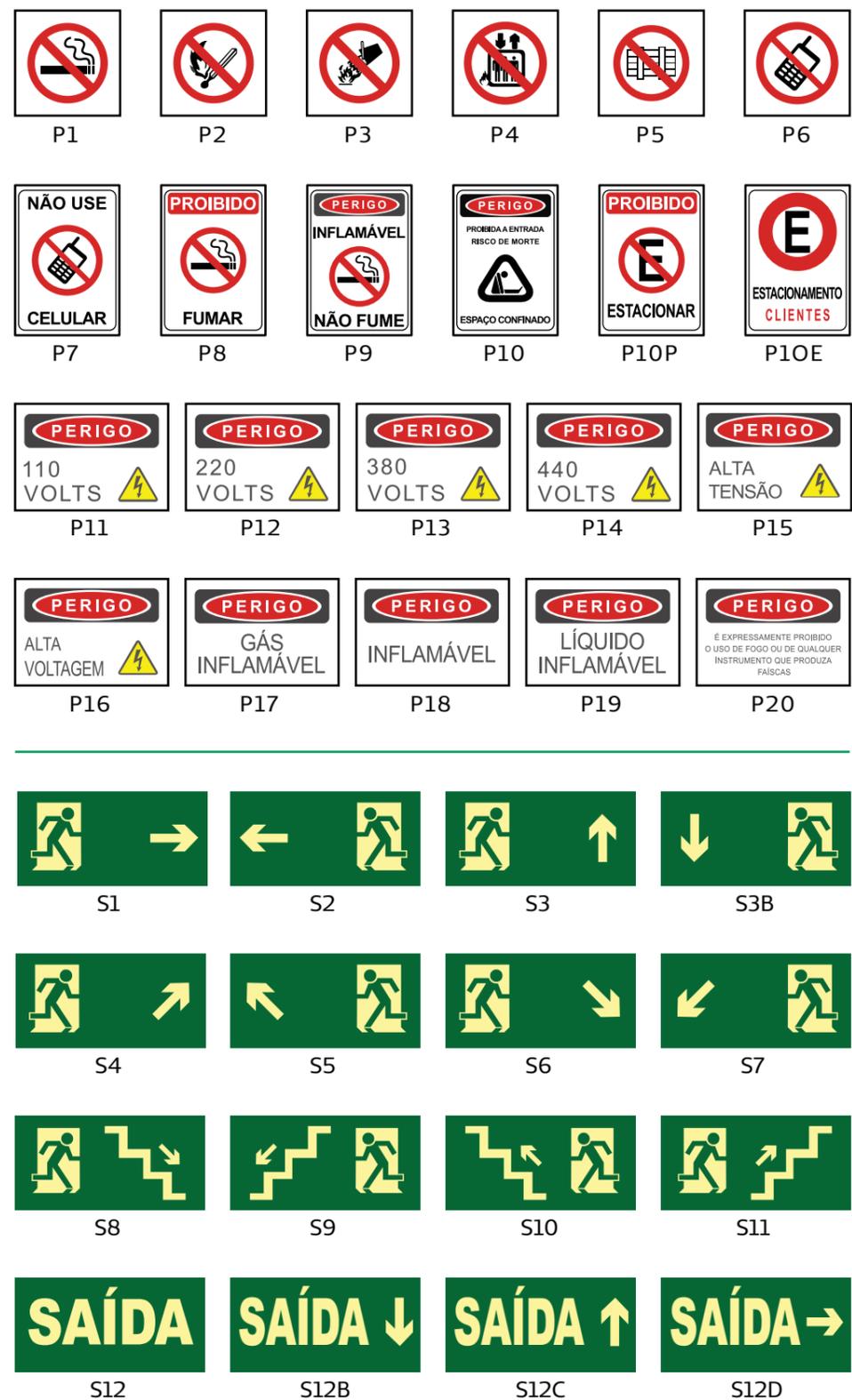
### Símbolo internacional de sanitários acessíveis

Para os sanitários acessíveis, deve ser acrescido, para cada situação, o símbolo internacional de acesso conforme a baixo. (Da direita para a esquerda, Sanitário Feminino Acessível, Sanitário Masculino Acessível, Sanitários Masculinos e Femininos Acessível e Sanitário Familiar Acessível)



## Identificações Sugeridas:

Sugerimos que salas dos consultórios e clínicas sejam identificadas para evitar situações constrangedoras.



## O que é Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional?

Faz parte da Norma Reguladora de número 7;

### Do objeto:

**7.1.1.** Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

**7.1.2.** Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

**7.1.3.** Caberá à empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

### 7.2. Das diretrizes

**7.2.1.** O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR.

**7.2.2.** O PCMSO deverá considerar as ques-

tões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

**7.2.3.** O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

**7.2.4.** O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

### 7.3. Das responsabilidades

**7.3.1.** Compete ao empregador:

- garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;
- indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO;

# O que é Programa de Prevenção de Riscos Ambientais?

## 9.1 Do objeto e campo de aplicação

**9.1.1** Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

**9.1.2** As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle.

**9.1.2.1** Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou reconhecimento, descritas nos itens 9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "f" do subitem 9.3.1.

**9.1.3** O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR-7.

**9.1.4** Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

**9.1.5** Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de

trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

**9.1.5.1** Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.

**9.1.5.2** Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

**9.1.5.3** Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

## 9.2 Da estrutura do PPRA

**9.2.1** O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

- a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- b) estratégia e metodologia de ação;
- c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

**9.2.1.1** Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades. 1

**9.2.2** O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

**9.2.2.1** O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR-5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão.

**9.2.2.2** O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

**9.2.3** O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

## 9.3 Do desenvolvimento do PPRA

**9.3.1** O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimentos dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

**9.3.1.1** A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

**9.3.2** A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações, métodos ou processos de trabalho, ou de modifi-

cação dos já existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

**9.3.3** O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação;
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho;
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos;
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição;
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho;
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica;
- h) a descrição das medidas de controle já existentes.

**9.3.4** A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

- a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência de riscos identificados na etapa de reconhecimento;
- b) dimensionar a exposição dos trabalhadores;
- c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle.

## 9.3.5 Das medidas de controle

**9.3.5.1** Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou

## O que é Programa de Prevenção de Riscos Ambientais?

mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde;
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde;
- c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR-15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela ACGIH - American Conference of Governmental Industrial Hygienists, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;
- d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado onexo causal entre danos observados na saúde os trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

**9.3.5.2** O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverá obedecer à seguinte hierarquia:

- a) medidas que eliminam ou reduzem a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;
- b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes no ambiente de trabalho;
- a) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho.

**9.3.5.3** A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que oferecem.

**9.3.5.4** Quando comprovado pelo empregador ou instituição a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva

ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação, ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- b) **utilização de equipamento de proteção individual - EPI.**

**9.3.5.5** A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo:

- a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida, considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;
- b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;
- c) estabelecimento de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando garantir as condições de proteção originalmente estabelecidas;
- d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação dos EPI's utilizados para os riscos ambientais.

**9.3.5.6** O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR- 7.

## Perfil Profissiográfico Previdenciário e a NR32 - Segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde

### Complemento da NR07:

**7.4** Do desenvolvimento do PCMSO

**7.4.1** O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de mudança de função;
- e) demissional.

**7.4.2** Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos.

### PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário

O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) é um formulário com campos a serem preenchidos com todas as informações relativas ao empregado, como por exemplo, a atividade que exerce o agente nocivo ao qual é exposto, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

O PPP deve ser preenchido para a comprovação da efetiva exposição dos empregados a agentes nocivos, para o conhecimento de todos os ambientes e para o controle da saúde ocupacional de todos os trabalhadores.

De acordo com a Instrução Normativa/ INSS/DC nº 99, de 05/12/2003, a partir de 1º de janeiro de 2004 a comprovação do exercício de atividade especial será feita pelo PPP, emitido pela empresa com base em laudo técnico de condições ambientais de

trabalho expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança.

Quando houver o desligamento do empregado, a empresa é obrigada a fornecer uma cópia autêntica do PPP ao trabalhador, sob pena de multa, caso não o faça.

### NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde

**32.1** Do objetivo e campo de aplicação

**32.1.1** Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

**32.1.2** Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

**32.2** Dos Riscos Biológicos

**32.2.1** Para fins de aplicação desta NR, considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

**32.2.1.1** Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

**32.2.1.2** A classificação dos agentes biológicos encontra-se no anexo I desta NR.

**32.2.2** Do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA:

**32.2.2.1** O PPRA, além do previsto na NR-09, na fase de reconhecimento, deve conter:

**I.** Identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica

## Perfil Profissiográfico Previdenciário e a NR32 – Segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde

fica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando:

- a) fontes de exposição e reservatórios;
- b) vias de transmissão e de entrada;
- c) transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
- d) persistência do agente biológico no ambiente;
- e) estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;
- f) outras informações científicas.

II. Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:

- a) a finalidade e descrição do local de trabalho;
- b) a organização e procedimentos de trabalho;
- c) a possibilidade de exposição;
- d) a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
- e) as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

**32.2.2.2** O PPRA deve ser reavaliado 01 (uma) vez ao ano e:

- a) sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição aos agentes biológicos;
- b) quando a análise dos acidentes e incidentes assim o determinar.

**32.2.2.3** Os documentos que compõem o PPRA deverão estar disponíveis aos trabalhadores.

**32.2.3** Do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

**32.2.3.1** O PCMSO, além do previsto na NR-07, e observando o disposto no inciso I do item 32.2.2.1, deve

### Contemplar:

- a) o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos;
- b) a localização das áreas de risco segundo os parâmetros do item 32.2.2;
- c) a relação contendo a identificação nominal dos trabalhadores, sua função, o local em

que desempenham suas atividades e o risco a que estão expostos;

- d) a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos;
- e) o programa de vacinação.

**32.2.3.2** Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um trabalhador para um outro posto de trabalho, que implique em mudança de risco, esta deve ser comunicada de imediato ao médico coordenador ou responsável pelo PCMSO.

**32.2.3.3** Com relação à possibilidade de exposição acidental aos agentes biológicos, deve constar do PCMSO:

- a) os procedimentos a serem adotados para diagnóstico, acompanhamento e prevenção da soroconversão e das doenças;
- b) as medidas para descontaminação do local de trabalho;
- c) o tratamento médico de emergência para os trabalhadores;
- d) a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes;
- e) a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores;

f) as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores;

g) a relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos necessários, materiais e insumos especiais.

**32.2.3.4** O PCMSO deve estar à disposição dos trabalhadores, bem como da inspeção do trabalho.

**32.2.3.5** Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

## O que é PGRSS? Plano Gestão dos resíduos sólidos e do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

### RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004

**Art. 1º** Aprovar o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, em Anexo a esta Resolução, a ser observado em todo o território nacional, na área pública e privada.

**Art. 2º** Compete à Vigilância Sanitária dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com o apoio dos Órgãos de Meio Ambiente, de Limpeza Urbana, e da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, divulgar, orientar e fiscalizar o cumprimento desta Resolução.

### CAPÍTULO II ABRANGÊNCIA

Este Regulamento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde–RSS.

Para efeito deste Regulamento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Esta Resolução não se aplica a fontes ra-

dioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

### CAPÍTULO III GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na classificação constante do Apêndice I, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

**1 – MANEJO:** O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em

## O que é PGRSS? Plano Gestão dos resíduos sólidos e do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

**1.1 – SEGREGAÇÃO** – Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

**1.2 – ACONDICIONAMENTO** – Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

**1.2.1** – Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

**1.2.2** – Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

**1.2.3** – Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

**1.2.4** – Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

**1.3 – IDENTIFICAÇÃO** – Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

**1.3.1** – A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos re-

ipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

**1.3.2** – A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

**1.3.3** – O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos

**1.3.4** – O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

**1.3.5** – O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.

**1.3.6** – O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCOR-TANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

**1.4 – TRANSPORTE INTERNO** – Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

**1.5 – ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO** – Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apre-

sentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

**1.5.1** – O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justificarem.

**1.5.2** – A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “SALA DE RESÍDUOS”.

**1.5.3** – A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m<sup>2</sup>, para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

## CAPÍTULO IV RESPONSABILIDADES

### 2. Compete aos serviços geradores de RSS:

**2.1.** – A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regulamento.

**2.1.1** – Caso o estabelecimento seja composto por mais de um serviço com Alvarás Sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob a Responsabilidade Técnica do estabelecimento.

**2.1.2** – Manter cópia do PGRSS disponível

para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

**2.1.3** – Os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.

**2.2.** A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica-ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

**2.2.1** – Quando a formação profissional não abranger os conhecimentos necessários, este poderá ser assessorado por equipe de trabalho que detenha as qualificações correspondentes.

A operadora faz a coleta e o descarte correto do lixo produzido em consultórios é necessário o descarte correto para que haja uma coleta correta.

### MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES: Risco sanitário hospitalar

**Considera-se risco sanitário a probabilidade de consumação de um dano à saúde ou à integridade física do usuário, decorrente da utilização de equipamentos, artigos médico-hospitalares, implantes, órteses e próteses, medicamentos, sangue e hemocomponentes, e produtos para diagnóstico de uso in vitro, na sua fase de pós-comercialização.**

Conforme descrito na resolução RDC nº 63, os estabelecimentos de Saúde necessitam que seus equipamentos passem por uma manutenção preventiva e algumas vezes até mesmo corretiva; havendo a necessidade

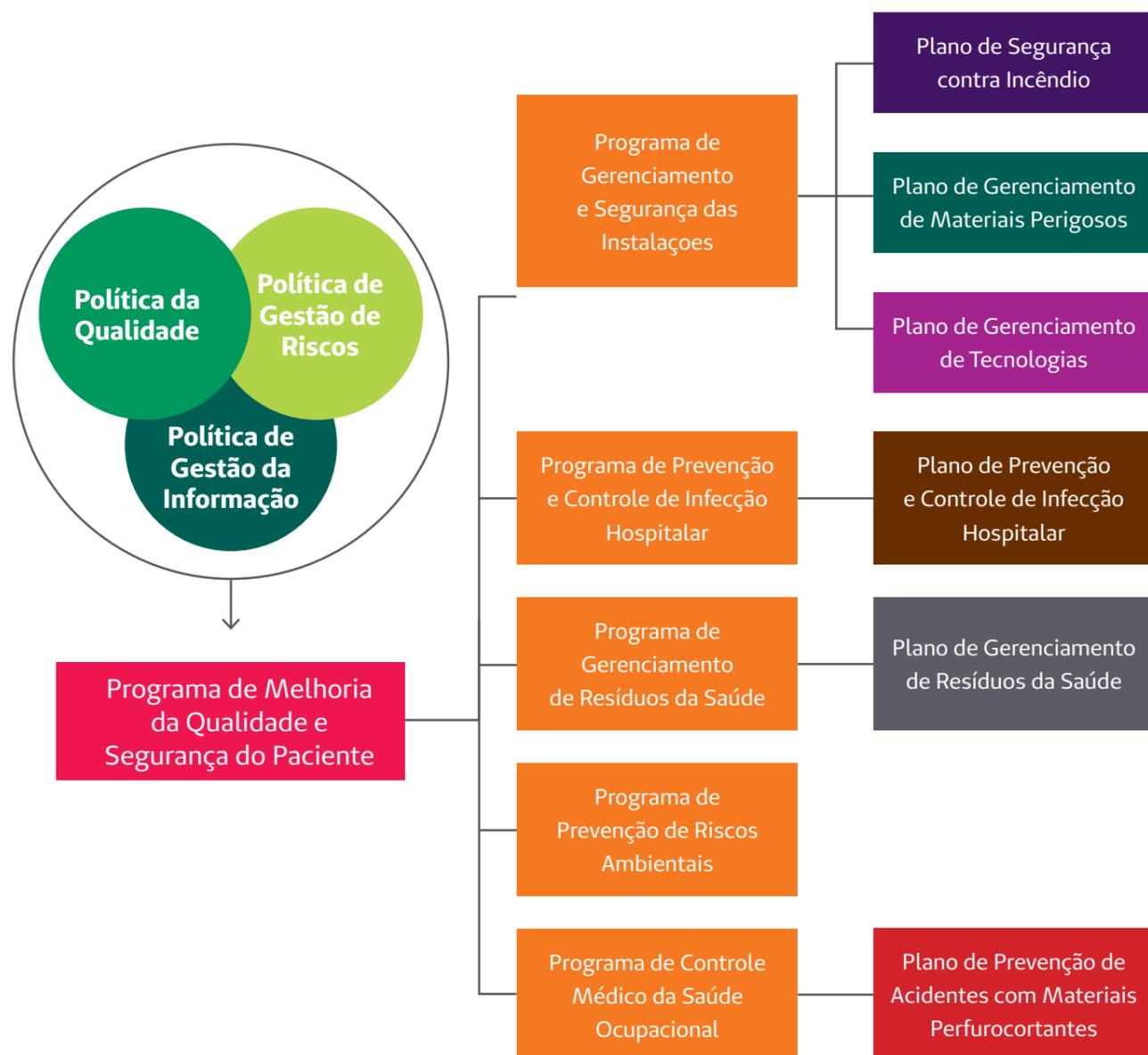
## O que é PGRSS? Plano Gestão dos resíduos sólidos e do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

de uma manutenção solicitar se possível serviço especializado que possa descrever o procedimento e disponibilizar garantia; que tenha um responsável técnico.

**Art. 11 Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.**

**§ 1º** Os serviços e atividades terceirizados devem estar regularizados perante a autoridade sanitária competente, quando couber.

**§ 2º** A licença de funcionamento dos serviços e atividades terceirizados deve conter informação sobre a sua habilitação para atender serviços de saúde, quando couber.



## Referências Bibliográficas Por especialidades

### Consultório Médico.

#### Referências Bibliográficas

RDC N° 63 de 25 de Novembro de 2011 – Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços saúde

RDC n° 50 de 21 e Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

### Ecocardiográfica e Ultrassonografia

#### Referência Bibliográficas

Portaria 453, de 1/06/1998 é a que trata dos procedimentos operacionais e da licença do serviço

RDC 50/02, foi publicada em substituição a Portaria 1884 e, é quem determina as áreas e dimensões mínimas dos ambientes além de relacionar os quesitos básicos de infra-estrutura de atendimento

RDC 38 (de 04/06/2008) – que normatiza a Medicina Nuclear

RDC n° 307, de 14 de novembro de 2002

### Serviço de Endoscopia

#### RESOLUÇÃO-RDC N° 6, DE 10 – DE MARÇO DE 2013

Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais.

### Serviço de Hemodinâmica

#### Referência Bibliográficas

- RDC n° 50, de 21 de Fevereiro de 2002
- RDC n° 306, de 07 de Dezembro de 2004
- Portaria ASAS/\*MS n° 123. de 28 de Fevereiro de 2005

### Serviço de Hemoterapia

#### Referência Bibliográficas

PORTARIA N° 1.353, DE 13 DE JUNHO DE 2011 – Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.

### Serviço Hospitalar

#### Referência Bibliográficas

RDC N° 50, 21 de Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RDC N° 6, 30 de Janeiro de 2012 – Dispões sobre as boas práticas de funcionamento para Unidades de Processamento de Roupas e de Serviços de Saúde e da outras providências.

RDC N° 63, de 25 de Novembro de 2011 – Dispões sobre os requisitos de funcionamento para serviços de saúde

RDC N° 7, de 24 de Fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

## Referências Bibliográficas Por especialidades

RDC nº15 de 15 de Março de 2012 – Dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e da outras providências

RDC 48, 02 de Junho de 2000 – Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

### Laboratório

#### Referência Bibliográficas

- RDC 302/2005
- RDC306/2004
- RDC nº 50/02
- Portaria MS nº1884/94
- Manual de Laboratório Cito-Histopatologia, Ministério da Saúde, 1987
- Resolução CFM nº1.331/89
- Decreto nº1.752/95
- Lei nº8.974/95

### Serviço Radiologia e Diagnóstico por Imagem

**Portaria 453, de 1/06/1998 é a que trata dos procedimentos operacionais e da licença do serviço**

**RDC 50/02, foi publicada em substituição a Portaria 1884 e, é quem determina as áreas e dimensões mínimas dos ambientes além de relacionar os quesitos básicos de infra-estrutura de atendimento**

### RDC 38 (de 04/06/2008) – que normatiza a Medicina Nuclear

**RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**

### Serviço de Radioterapia

#### Referência Bibliográficas

FEVEREIRO 2006 – Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral.

### Serviço Terapia Antineoplásica

#### Referência Bibliográficas

RDC 220 de 21 DE SETEMBRO DE 2004 – Aprovar o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;

### Serviço Terapia Dialítica

#### Referência Bibliográficas

RDC Nº 35, de 12 Março DE 2001  
RDC nº 154, de 15 de Junho de 2004

### Consultório Psicologia

#### Referências Bibliográficas

RDC Nº 63 de 25 de Novembro de 2011 –

Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços de saúde.

RDC nº 50 de 21 e Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

### Consultório Terapia Ocupacional

#### Referências Bibliográficas

RDC Nº 63 de 25 de Novembro de 2011 –

Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços de saúde.

RDC nº 50 de 21 e Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

### Consultório Nutrição

#### Referências Bibliográficas

RDC Nº 63 de 25 de Novembro de 2011 –

Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços de saúde.

RDC nº 50 de 21 e Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

### Consultório Fonoaudiologia

#### Referências Bibliográficas

RDC Nº 63 de 25 de Novembro de 2011 –

Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para serviços de saúde.

RDC nº 50 de 21 e Fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

# UNIMED SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA.

## PLANO DE SAÚDE

PROJETO DESENVOLVIMENTO DO SELO QUALIDADE PARA REDE PRESTADORA.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

A operadora busca através de visita técnica avaliar a qualidade do serviço prestado pela Rede Prestadora; tendo vista:

- Qualidade na assistência ao realizar os procedimentos.
- Qualidade no atendimento ao beneficiário
- Qualidade na infraestrutura, com um local que ofereça segurança; esteja dentro das normas Vigilância Sanitária.
- Qualidade na segurança do paciente.

### JUSTIFICATIVA

O atendimento prestado por toda Rede Assistencial da Unimed Santa Bárbara d'Oeste, Americana e Nova Odessa, ainda que próprio ou credenciado, é de autonomia e responsabilidade técnica da Operadora que, por sua vez, deve administrar este nicho com critérios claros e transparentes.

Deste modo, a proposta de adequação do cenário da Rede Prestadora, a partir de uma avaliação direcionada por regulamentos, diretrizes e Leis nacionais, é disposto neste docu-

mento como o desbravar de uma tabela e cronograma de trabalho a ser executado por suas partes interessadas e de responsabilidade.

Sem deixar de lado conceitos éticos e de boa conduta, com foco na melhoria contínua na qualidade assistencial da saúde e o alinhamento com o planejamento estratégico da Operadora, que se baseia na gestão do "Prazer em Cuidar", onde as pessoas, os beneficiários, são o maior propósito do negócio, havendo assim um aumento da satisfação e confiança dos nossos beneficiários.

### METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realizar a pontuação é através de visita técnica; aonde é utilizado um Checklist para cada especialidade a ser examinada.

**Fase 1:** Visita Técnica.

**Fase 2:** Análise junto com a Comissão julgadora. Diretor de Provimento da Saúde/ Enfermeira Auditoria

**Fase 3:** Premiação.

Ao final será contabilizada uma pontuação conforme tabela abaixo:

### RADIOLOGIA

APROVADO	54 a 80
APROVADO COM RESTRIÇÕES	27 a 53
REPROVADO	0 a 26

### ENDOSCOPIA

APROVADO	44 a 64
APROVADO COM RESTRIÇÕES	22 a 43
REPROVADO	0 a 21

## ECOCARDIOGRAFIA E ULTRASSONOGRRAFIA

APROVADO	44 a 67
APROVADO COM RESTRIÇÕES	22 a 43
REPROVADO	0 a 21

## HEMODINÂMICA

APROVADO	57 a 84
APROVADO COM RESTRIÇÕES	29 a 56
REPROVADO	0 a 28

## RADIOTERAPIA

APROVADO	50 a 74
APROVADO COM RESTRIÇÕES	25 a 49
REPROVADO	0 a 24

## TERAPIA DIALÍTICA

APROVADO	138 a 204
APROVADO COM RESTRIÇÕES	69 a 137
REPROVADO	0 a 68

## AMBULÂNCIA

APROVADO	38 a 55
APROVADO COM RESTRIÇÕES	19 a 37
REPROVADO	0 a 18

## CONSULTÓRIO DE ESPECIALIDADE:

APROVADO	38 a 55
APROVADO COM RESTRIÇÕES	19 a 37
REPROVADO	0 a 18

## ESPECIALIDADE TERAPIA OCUPACIONAL

Legenda	A e B	A, B e C	A, B, C e D	A, B e D
APROVADO	220 e 330	240 a 360	254 a 380	234 a 350
APROVADO COM RESTRIÇÕES	110 a 219	120 a 239	127 a 253	117 a 233
REPROVADO	000 a 109	000 a 119	000 a 126	000 À 116

## ESPECIALIDADE NUTRICIONISTA

Legenda	A e B	A, B e C	A, B, C e D	A, B e D
APROVADO	220 e 330	240 a 360	254 a 380	234 a 350
APROVADO COM RESTRIÇÕES	110 a 219	120 a 239	127 a 253	117 a 233
REPROVADO	000 a 109	000 a 119	000 a 126	000 À 116

## ESPECIALIDADE FONAUDIOLOGIA

Legenda	A e B	A, B e C	A, B, C e D	A, B e D
APROVADO	220 e 330	240 a 360	254 a 380	234 a 350
APROVADO COM RESTRIÇÕES	110 a 219	120 a 239	127 a 253	117 a 233
REPROVADO	000 a 109	000 a 119	000 a 126	000 À 116

## ESPECIALIDADE PSICOLOGIA

Legenda	A e B	A, B e C	A, B, C e D	A, B e D
APROVADO	220 e 330	240 a 360	254 a 380	234 a 350
APROVADO COM RESTRIÇÕES	110 a 219	120 a 239	127 a 253	117 a 233
REPROVADO	000 a 109	000 a 119	000 a 126	000 À 116

## AS REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO SÃO:

Se a Instituição Avaliada através de visita técnica for acreditada ou mesmo possuir certificação, automaticamente essa instituição será Medalha de Ouro.

- 2 visitas técnicas com aprovação. (Medalha de Ouro)
- 1 visita técnica com aprovação com restrições e 1 visita técnica com aprovação. (Medalha de Prata)
- 2 visitas técnicas mantém aprovação com restrição. (Medalha de Bronze).
- Não pontua quando for reprovado.

### Agendamento de visitas de acordo com pontuação:

1. Aprovado nova visita após 01 ano
2. Aprovado com Restrições nova visita após 06 meses.
3. Reprovado agendar nova visita junto com a diretoria.

## Referência Bibliográfica para Realização do Manual

- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
- <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a23.pdf>
- Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
- <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>
- New for on-site surveys starting in 2015
- Revised for on-site surveys starting in 2015.
- Revised for on-site surveys starting in 2014 or 2015, depending on the set of standards (see ROPfordetails).<http://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-en.pdf>
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0277\\_04\\_11\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0277_04_11_2011.html)
- <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/1098-ans-cria-programa-de-acreditacao-de-operadoras>.
- <http://www.unimedsa.com.br/novo/unimed/qualidade-da-rede-prestadora/>
- [bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm)
- <http://www.bombeiros.com.br/new/avcb.php>
- <http://www.calibracaoceime.com.br/calibracao-ceime-acessibilidade-simbolos-complementares/>
- <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr9.htm>
- [portal.anvisa.gov.br/wps/.../RDC+Nº+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?](http://portal.anvisa.gov.br/wps/.../RDC+Nº+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?)
- [http://portal.anvisa.gov.br/manual\\_tecnovigilancia.pdf](http://portal.anvisa.gov.br/manual_tecnovigilancia.pdf)
- [www3.ghc.com.br/PROT/GINTHCC/files/13%20certos%20HCC.pdf](http://www3.ghc.com.br/PROT/GINTHCC/files/13%20certos%20HCC.pdf)
- <http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos>.

### Haverá uma comissão julgadora composta por:

- Diretor de Provimento da Saúde
- Enfermeiro auditor.

### CRONOGRAMA:

É estimado que até o final do ano de 2016 será concluída as visitas técnicas na Rede Prestadora; sendo assim em Janeiro de 2017 será possível realizar a premiação proposta.

### OUTRAS AÇÕES

Encontros semanais dos prestadores com a Operadora para buscar melhorias na qualidade da assistência.