

Boletim de Serviço

Nº 207, 03 de setembro de 2018.

**Hospital
Universitário
Maria Aparecida
Pedrossian**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN**

Avenida Senador Filinto Muller, 355
Cidade Universitária Vila Ipiranga/ CEP: 79080-190 | Campo Grande-MS |
Telefone: (67) 3345-3000 | Site: www.ebserh.gov.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Superintendente do HUMAP

DARIO CÉSAR BRUM ARGUELLO

Gerente Administrativo

ANDRÉA DE SIQUEIRA CAMPOS LINDENBERG

Gerente de Atenção à Saúde

MARIA DE FÁTIMA MEINBERG CHEADE

Gerente de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

Superintendência.....	04
Portarias.....	04
Portaria n. 237 de 23 de agosto de 2018.....	04
Portaria n. 238 de 23 de agosto de 2018.....	05
Portaria n. 239 de 24 de agosto de 2018.....	06
Portaria n. 240 de 27 de agosto de 2018.....	06
Portaria n. 241 de 27 de agosto de 2018.....	07
Portaria n. 242 de 27 de agosto de 2018.....	08
Portaria n. 243 de 27 de agosto de 2018.....	09
Portaria n. 244 de 23 de agosto de 2018.....	10
Portaria n. 245 de 23 de agosto de 2018.....	11
Portaria n. 246 de 24 de agosto de 2018.....	12
Portaria n. 247 de 27 de agosto de 2018.....	13
Portaria n. 248 de 27 de agosto de 2018.....	14
Portaria n. 249 de 27 de agosto de 2018.....	15
Portaria n. 250 de 27 de agosto de 2018.....	16
Republicação Resolução n. 32 de 22 de agosto de 2018.	17
Republicação Resolução n. 33 de 22 de agosto de 2018.....	32
Resolução n. 35 de 22 de agosto de 2018.....	40
Resolução n. 36 de 22 de agosto de 2018.....	59
Resolução n. 37 de 22 de agosto de 2018.....	65
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS.....	66
Portaria-SEI n. 01 de 31 de agosto de 2016.....	66

SUPERINTENDÊNCIA

PORTARIA Nº 237, DE 23 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho - SEI GA/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar a Portaria nº 201, de 26 de julho de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 201, de 27 de julho de 2018;

Art 2ª - Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 36/2015, referente ao Pregão Eletrônico 01/2015 do processo n. 23447.000079/2015-10:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Rosimeire Romero da Silva Faccio	22374841
Substituta	Mônia Alves Mendes de Souza	1540604

Art. 3º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 4º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Processo nº 23538.010657/2018-50

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO – PAS

PORTARIA nº 238, de 23 de agosto de 2018.

O SUPERINTENDENTE, no uso da competência que lhe confere o art. 16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **DESIGNAR** os empregados públicos **ALINE DESIDERA SANTO ANDRÉ**, Física Médica, Matrícula SIAPE 2341499, **REJANY DA SILVA**, Técnico em Enfermagem, Matrícula SIAPE 2275254 e **MARIANA DOS SANTOS DIAS**, Técnico em Farmácia, Matrícula SIAPE 2237798, todos pertencentes ao quadro permanente da EBSERH/ HUMAP-UFMS, para sob a presidência do primeiro, compor a Comissão Apuradora responsável pela condução do Processo Administrativo Sancionador nº **23538.010657/2018-50**, bem como proceder ao exame dos atos e fatos conexos que emergirem no curso dos trabalhos.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para a conclusão dos trabalhos da referida comissão.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Processo nº 23538.010464/2018-07

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

PORTARIA nº 239, de 24 de agosto de 2018.

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º Designar **RODRIGO RÉ POPPI**, Matrícula SIAPE nº 2254219, ocupante do cargo de Fisioterapeuta, lotado na Unidade de Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico-HUMAP-UFMS, para atuar como COMISSÁRIO e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23538.010464/2018-07, através da coleta de provas, depoimentos e demais diligências porventura necessárias.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do comissário.

Art. 3º Este despacho entra em vigor na data de sua publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 240, DE 27 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho - SEI GA/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 24/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 32/2018 do processo n. 23447.000079/2015-10:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Rosimeire Romero da Silva Faccio	22374841
Substituta	Alessandra Rodrigues Bonfim	2224515

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- VIII) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- IX) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- X) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XI) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XII) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- XIII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- XIV) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 241, DE 27 DE AGOSTO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no uso de suas atribuições legais e considerando o memorando SEI nº 32 da DGP/GA/HUMAP-UFMS-EBSERH de 21 agosto de 2018;

RESOLVE:

Art. 1º Revogar a Portaria nº 116, de 24 de maio de 2016, publicada no Boletim de Serviço n. 72, de 06 de junho de 2016;

Art. 2º Constituir Comissão de Análise de Cumulação de Cargos Públicos no âmbito do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/HUMAP-UFMS, integrada pelos servidores abaixo relacionados:

Paula Gianici Teixeira dos Santos Holz	SIAPE - 2188554
Karulina Borges da Silva Toniolli	SIAPE - 2188552
Gláucia Melo Sanches siape	SIAPE - 2259272
Gilson Ribeiro Barboza	SIAPE - 2275239

Art. 3º A comissão será presidida pela Empregada Pública Paula Gianici Teixeira dos Santos Holz, e nas suas faltas e impedimentos por Karulina Borges da Silva Toniolli;

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 242, DE 27 DE AGOSTO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no uso de suas atribuições legais e considerando o despacho da GEP/HUMAP-UFMS-EBSERH de 24 de agosto de 2018;

RESOLVE:

Art. 1º Constituir Comissão de Assessoramento no Planejamento dos Serviços, das Pesquisas, das Atividades de Ensino e dos Estudos para viabilizar a implantação de Transplantes no HUMAP-UFMS, integrada pelos servidores abaixo relacionados:

NOME	LOTAÇÃO	SIAPE
Cláudia Emília Lang	GAS/HUMAP-UFMS	1359733
Diego Moraes De Oliveira	DLIH/GAD/HUMAP-UFMS	1244080
Edeilson Silva Cruz	DLIH/GAD/HUMAP-UFMS	2254122
Fernando Aguilar Lopes	SEGEN/GEP/HUMAP-UFMS	1458980
Marcelo dos Santos Souza	GAS/HUMAP-UFMS	2193001
Maria de Fátima Meinberg Cheade	GEP/HUMAP-UFMS	6433034
Paula de Oliveira Serafin	SEGEP/GEP/HUMAP-UFMS	1371995
Renata Trentin Perdomo	FACFAN-UFMS	4351582
Rodrigo Juliano Oliveira	FAMED-UFMS	1724938
Túlio Antunes Pinto Coelho	DIVGP/GAD/HUMAP	2348290

Art. 2º A comissão será presidida pelo Empregado Público Edeilson Silva Cruz, e nas suas faltas e impedimentos por Maria de Fátima Meinberg Cheade;

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 243, DE 27 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho da Unidade de Contratos (fls. 353).

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 22/2018 e Contrato de Comodato nº 22/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 28/2018 do processo n. 23538.000083/2018-10:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Carolina Marlien Paniago da Costa Finotti	2249694
Substituta	Luciana Maria Marangoni Iglecias	1145051

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- XV) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- XVI) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- XVII) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XVIII) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XIX) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- XX) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- XXI) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 244, DE 29 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho da Unidade de Contratos (SEI nº 0233911).

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 27/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 33/2018 do processo n. 23538.000096/2018-81:

GESTOR

	NOME	SIAPÉ
Titular	Nilson Issao Hijo	1976668
Substituta	Ruth Pires Ferreira	2224969

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- XXII) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- XXIII) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- XXIV) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XXV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XXVI) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- XXVII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- XXVIII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 245, DE 30 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho SEI da Unidade de Contratos (0231561).

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 26/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 25/2018 do processo n. 23538.001270/2017-21:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Nathalie Araújo da Rocha Viegas	2275233
Substituta	Nivi Daiana Barbosa Costa	2235348

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- XXIX) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- XXX) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- XXXI) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XXXII) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XXXIII) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- XXXIV) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- XXXV) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Processo nº 23477.014633/2018-31

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

PORTARIA nº 246, de 30 de agosto de 2018.

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º Designar **RAQUEL FERREIRA DE MOURA**, Matrícula SIAPE nº 2232382, ocupante do cargo de Pedagoga, lotada no Setor de Gestão do Ensino, para atuar como **COMISSÁRIA** e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando

à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23477.014633/2018-31, através da coleta de provas, depoimentos e demais diligências porventura necessárias.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do comissário.

Art. 3º Este despacho entra em vigor na data de sua publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 247, DE 30 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho SEI da Unidade de Contratos (0230400).

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 25/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 20/2018 do processo n. 23538.001237/2017-00:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Nilson Issao Hijo	1976668
Substituta	Ruth Pires Ferreira da Costa	2224969

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- XXXVI) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- XXXVII) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- XXXVIII) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XXXIX) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XL) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;

PORTARIA Nº 249, DE 31 DE AGOSTO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho SEI da Unidade de Contratos (0239115).

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento da Ata para Registro de Preços nº 18/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 29/2018 do processo n. 23538.000087/2018-90:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Nathalie Araújo da Rocha Viegas	2275233
Substituta	Nivi Daiana Barbosa Costa	2235348

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- XLIII) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- XLIV) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- XLV) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- XLVI) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- XLVII) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- XLVIII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- XLIX) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Processo nº 23538.000434/2018-84

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO – PAS

PORTARIA nº 250, de 03 de setembro de 2018.

A SUPERINTENDENTE em exercício, no uso da competência que lhe confere o art. 16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **DESIGNAR** os empregados públicos **EVELIN JAQUELINE LIMA DOS SANTOS**, Enfermeira, Matrícula SIAPE 2204066, **RAPHAEL BREGANTIM DA SILVA**, Assistente Administrativo, Matrícula SIAPE 2224957 e **ROBERTO ANTÔNIO CESCÓN**, Técnico em Farmácia, Matrícula SIAPE 2232392, todos pertencentes ao quadro permanente da EBSERH/ HUMAP-UFMS, para sob a presidência do primeiro, compor a Comissão Apuradora responsável pela condução do Processo Administrativo Sancionador nº **23538.000434/2018-84**, bem como proceder ao exame dos atos e fatos conexos que emergirem no curso dos trabalhos.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para a conclusão dos trabalhos da referida comissão.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉA DE SIQUEIRA CAMPOS LINDENBERG

REPÚBLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 32, DE 22 DE AGOSTO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 21 de agosto de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – Regulamentação APH Servidor Público – RJU, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLAUDIO CESAR DA SILVA

POP – REGULAMENTAÇÃO APH SERVIDOR PÚBLICO – RJU

Procedimento Operacional Padrão

POP/DivGP-HUMAP-UFMS/003/2018

REGULAMENTAÇÃO DO APH

SERVIDOR PÚBLICO (RJU)

Versão 1.0

Aprovado em Reunião do Colegiado Executivo realizada em 21/08/2018, no Auditório da Superintendência do HUMAP.

SUMÁRIO

OBJETIVO	3
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA.....	3
APLICAÇÃO	3
GLOSSÁRIO.....	3
I. DAS OBRIGAÇÕES EXCLUSIVAS	4
II. DAS ETAPAS	5
III. DOS CRITÉRIOS PARA O HUMAP	6
IV. DOS PRAZOS	7
V. FLUXOGRAMAS	8
VI. FORMULÁRIOS.....	8

OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem observados pelos servidores públicos – RJU, empregados públicos - CLT e gestores no tocante à realização de plantão hospitalar (APH) para orientar e aperfeiçoar os mecanismos de administração e de controle por parte da Governança do HUMAP, bem como dos órgãos de controle externo.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Decreto n. 7.186 de 2010;

Lei n. 11.907 de 2009;

Lei n. 11.091 de 2005;

Lei n. 7.596 de 1987;

Lei n. 8.112 de 1990;

Recomendação CGU n. 176320, OS 201602460;

Acórdão 2729/2017-Plenário;

Acórdão 2.602/2013-TCU-Plenário;

Acórdão 366/2018 -TCU-Plenário.

APLICAÇÃO

HUMAP-UFMS, filial da Ebserh.

GLOSSÁRIO

APH: Adicional de Plantão Hospitalar

HUMAP-UFMS: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul;

DivGP: Divisão de Gestão de Pessoas;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

Ebserh: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

SEI: Sistema Eletrônico de Informações, meio exclusivo de trâmite de comunicação e solicitações informadas nesse POP;

SISPE: Sistema de Ponto Eletrônico, exclusivo pelo controle da frequência de APH e da geração dos relatórios de pagamento de plantão;

Servidor Público: aquele aprovado em concurso público e contratado pela UFMS, lotado no Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”, mediante contrato de trabalho regido pelo regime jurídico único, devidamente responsável para a criação das escalas prévias dentro do prazo estabelecido nesse POP;

Empregado Público: aquele aprovado em concurso público e contratado pela EBSEH, lotado no Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”, mediante contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas, devidamente responsável para a criação das escalas prévias dentro do prazo estabelecido nesse POP;

RJU: Regime Jurídico Único;

REP: Registo Eletrônico de Ponto;

Escala Prévia: aquela criada antecipadamente à execução do plantão hospitalar, sem a qual não há possibilidade de registro de ponto pelo servidor;

Escala Definitiva: aquela gerada estritamente a partir do registro de ponto do servidor ou, em casos devidamente justificados e autorizados, gerada da correção do ponto desse servidor;

PROGEP/UFMS: Unidade da UFMS responsável pelo lançamento do relatório de APH gerado pela DivGP no sistema SIAPE;

I. DAS OBRIGAÇÕES EXCLUSIVAS

1. **Servidor/Empregado Público:** criar a escala prévia dentro do prazo estabelecido nesse POP; Somente ao Servidor Público compete a responsabilidade do correto registro e devido cumprimento da carga horária de APH no SISPE;
2. **Chefia Imediata (unidade/setor/divisão/gerência/superintendência):** Observar as orientações legais previstas nessa POP; Afixar a escala em local visível para o público em geral; Supervisionar o cumprimento da frequência de seus servidores públicos subordinados e solicitar/analisar/homologar/devolver a criação de escalas prévias e definitivas no SISPE;
3. **Servidor Público:** Cumprir o regime de trabalho que lhe for determinado e comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
4. **Chefe de Divisão:** Autorizar locais/servidores à realização de plantão hospitalar; Receber as demandas de correção de ponto dos servidores públicos, devidamente justificadas e já autorizadas pelas chefias imediatas, dentro do prazo estabelecido nesse POP, e autorizar/providenciar ou negar;
5. **Gerência/Superintendência:** Responsável pela autorização da previsão mensal de plantões necessários à manutenção das áreas de assistência à saúde do HUMAP; Responsável última pela homologação/devolução das escalas prévias e definitivas e também pelos relatórios de pagamento de APH;
6. **DivGP:** Responsável pela publicação das escalas de APH; Geração dos relatórios de pagamento de APH, e devido encaminhamento à PROGEP-UFMS para lançamento no SIAPE; Providenciar os relatórios de plantão para subsidiar a tomada de decisão da Governança do HUMAP;

II. DAS ETAPAS

7. Estão descritas nos Anexos I, II e III desse POP, bem como as observações para seu cumprimento por parte dos servidores públicos e de seus gestores;

III. DOS CRITÉRIOS PARA O HUMAP

Além dos critérios constantes na Lei n. 11.907 de 2009 e no Decreto n. 7.186 de 2010, fica estabelecido no âmbito do HUMAP que:

8. Não é possível o pagamento de mais de 96 horas de APH por mês, tendo em vista limitações orçamentárias do SIAPE;

9. Não haverá pagamento retroativo de APH em razão de não cumprimento dos prazos estabelecidos nesse POP;

10. **São aceitas até três solicitações mensais de correção de ponto de APH em formulário específico para esse fim (Anexo IV)**, preferencialmente via SEI, em caso de necessidade pessoal do servidor público, devendo ser justificadas pelo servidor e autorizadas por sua chefia imediata, e homologadas/providenciadas ou devolvidas pela chefia da Divisão correspondente;

11. A ausência em turno de trabalho cotidiano, sem prévia justificativa ou apresentação de licença de qualquer natureza, devidamente regulamentada, determina a suspensão do servidor na escala de APH do mês em curso e do mês subsequente;

12. Aos servidores que apresentarem licença-saúde de qualquer duração, fica instituído um período de carência na realização de plantões de APH de dez dias, a partir do reinício das atividades laborais, como forma de poupá-lo para sua total recuperação;

13. Aos servidores portadores de restrições ao trabalho confirmadas com laudo médico, somente poderão executar o labor referente ao APH em unidades compatíveis com a restrição,

ficando o critério de análise e de distribuição sob responsabilidade exclusiva da Chefe de Divisão correspondente;

14. A exclusão de plantão, devido à necessidade pessoal, somente poderá ser efetuada no prazo mínimo de setenta e duas horas que antecedem a ocorrência do plantão, após comunicação interna no formulário de APH (Anexo V), preferencialmente via SEI, com anuência da chefia imediata e com a devida atualização no SISPE;

15. O servidor que não solicitar a exclusão do plantão em tempo hábil e não comparecer ou se recusar a permanecer no plantão, será excluído da escala de APH do mês vigente e do mês subsequente;

16. A troca de plantão de APH somente será concedida com preenchimento do formulário de troca de APH (Anexo VI), no prazo mínimo de setenta e duas horas que antecedem a ocorrência do plantão, devendo ser informada, preferencialmente via SEI, a exclusão do servidor substituído e a inclusão do substituto, com a assinatura e identificação de ambos e das chefias da unidade ou unidades envolvidas, devendo essa alteração ser realizada e homologada no SISPE;

17. Toda e qualquer alteração em escala de plantão só será passível de registro de ponto após a sua homologação pela Gerencia da área (seguindo o fluxo definido no Anexo I);

18. A prioridade de cobertura em outros setores, em caso de necessidade de serviço, fica sob responsabilidade do plantão de APH e o remanejamento do servidor é determinado pelo chefe da Unidade e/ou chefe da Divisão correspondente;

19. Na recusa ao remanejamento pelo plantonista de APH, ficará ele automaticamente suspenso da realização de APH na escala do mês em curso e do mês subsequente;

20. A supervisão das escalas prévias de APH, bem como o acompanhamento das escalas definitivas, será realizada pelos Chefes da DivGP, da Divisão e Gerentes de cada área

assistencial, pelo Superintendente e pelas Comissões designadas para essa finalidade, tendo autoridade para a determinação de novos fluxos e novas adequações;

IV. DOS PRAZOS

21. Para criação de escalas prévias: até o dia 20 do mês anterior ao da realização do APH;
22. Para a publicação das escalas prévias: até o último dia útil anterior ao da realização do APH;
23. Para a realização do plantão: em dia e horário definido pela escala prévia homologada pela Gerência da área;
24. Para a solicitação de correção de ponto: até 3 dias úteis após o evento gerador do não registro de ponto;
25. Para a informação de troca/exclusão de plantão: até 72 horas antes da realização do plantão hospitalar;
26. Para a homologação das escalas definitivas: até o terceiro dia útil de cada mês posterior ao da realização do APH;
27. Para a geração dos relatórios de APH: até o quinto dia útil de cada mês posterior ao da realização do APH.

V. FLUXOGRAMA

Anexo I: Criação de escala prévia de APH – SISPE;

Anexo II: Correção de Ponto RJU;

Anexo III: Pagamento de APH.

VI. FORMULÁRIOS

Anexo IV: Formulário de Correção de Ponto;

Anexo V: Formulário de Troca/Exclusão de Plantão.



**Formulário de solicitação de correção do registro eletrônico de frequência – SISPE
Art. 4º Instrução de Serviço n.º 119, de 29 de julho de 2011.**

Local de Execução do Serviço: _____
Seção (se houver): _____ **Divisão:** _____
Diretoria: _____

- Carga Horária Normal**
 Plantão Hospitalar (PH)
 Adicional de Plantão Hospitalar (APH)

1) Servidor: _____
Matrícula: _____
Data: _____ **Horário de entrada:** _____
Horário de saída: _____

Justificativa: _____

2) Servidor: _____
Matrícula: _____
Data: _____ **Horário de entrada:** _____
Horário de saída: _____

Justificativa: _____

3) Servidor: _____
Matrícula: _____
Data: _____ **Horário de entrada:** _____
Horário de saída: _____

Justificativa: _____

4) Servidor: _____
Matrícula: _____
Data: _____ **Horário de entrada:** _____
Horário de saída: _____

Justificativa: _____

Observações: A correção deverá ser comunicado até 48 horas após a execução do trabalho.

Campo Grande, ___ de _____ de 20__

Assinatura do Servidor

Assinatura do Responsável pelo Local de Serviço

Assinatura da Chefia da Seção /carimbo(se houver)

Assinatura da Chefia da Divisão/carimbo

Assinatura do(a) Diretor(a)/carimbo



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TROCA

Será substituído:	Siape:
No seu plantão do dia ___/___/___ no horário das ___:___ às ___:___	
Pelo servidor:	Siape:
A troca será compensada dia ___/___/___ das ___:___ às ___:___	
Campo Grande/MS, ___ de ___ de ____.	
Ciente: _____	
Substituído	Substituto
_____ Chefe imediato	



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TROCA

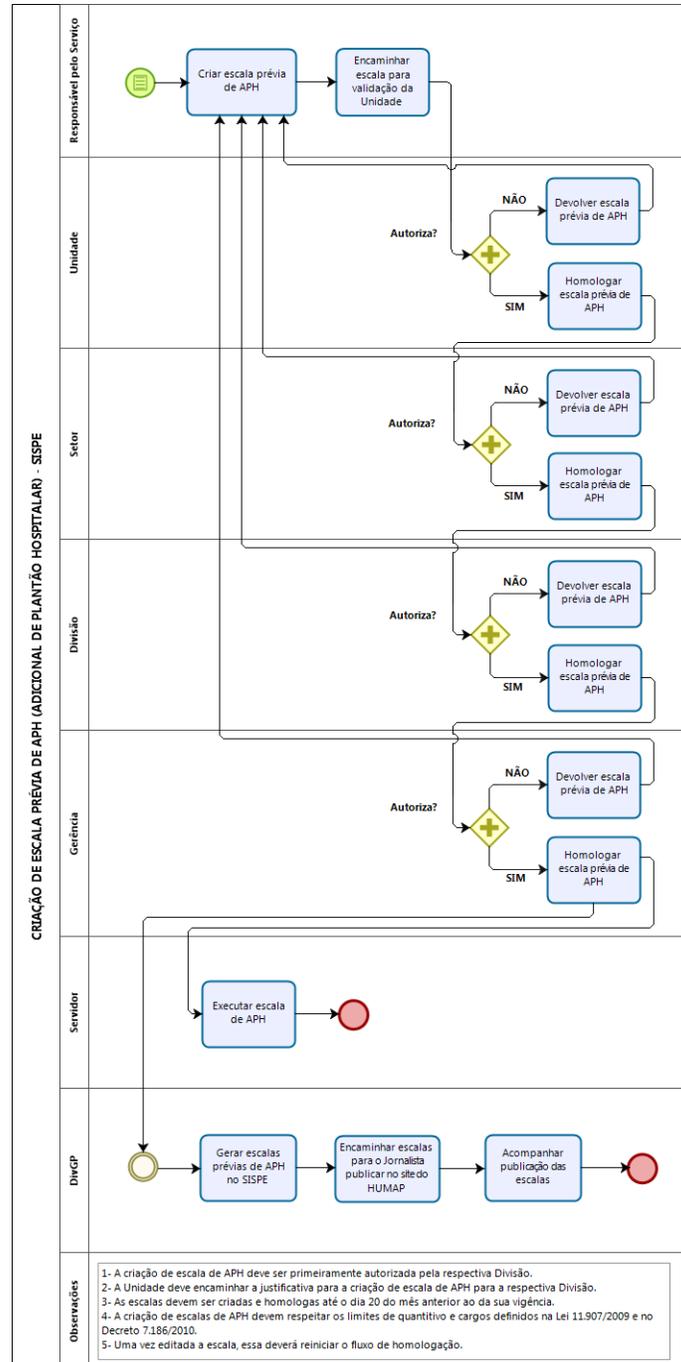
Será substituído:	Siape:
No seu plantão do dia ___/___/___ no horário das ___:___ às ___:___	
Pelo servidor:	Siape:
A troca será compensada dia ___/___/___ das ___:___ às ___:___	
Campo Grande/MS, ___ de ___ de ____.	
Ciente: _____	
Substituído	Substituto
_____ Chefe imediato	



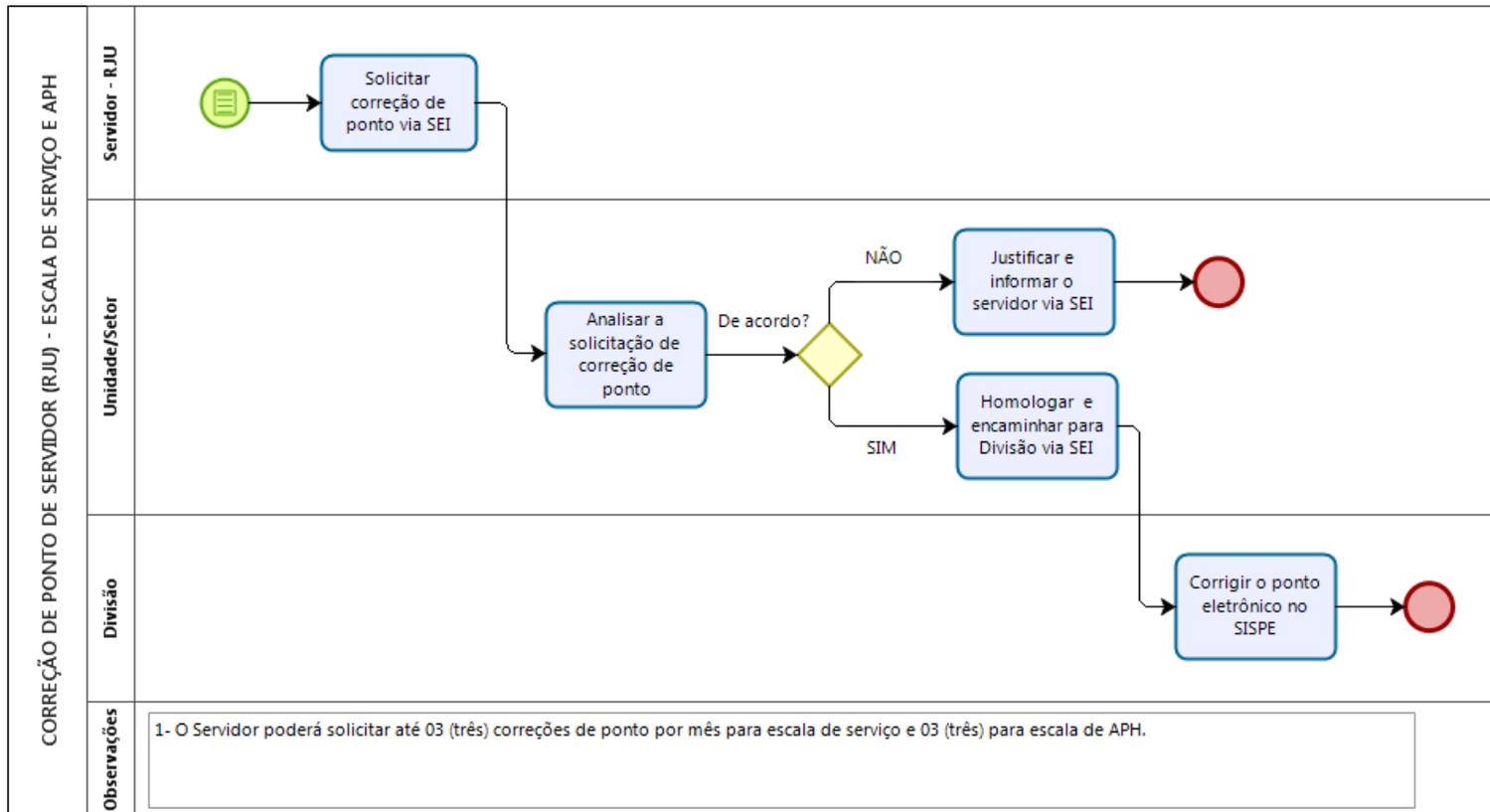
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TROCA

Será substituído:	Siape:
No seu plantão do dia ___/___/___ no horário das ___:___ às ___:___	
Pelo servidor:	Siape:
A troca será compensada dia ___/___/___ das ___:___ às ___:___	
Campo Grande/MS, ___ de ___ de ____.	
Ciente: _____	
Substituído	Substituto
_____ Chefe imediato	

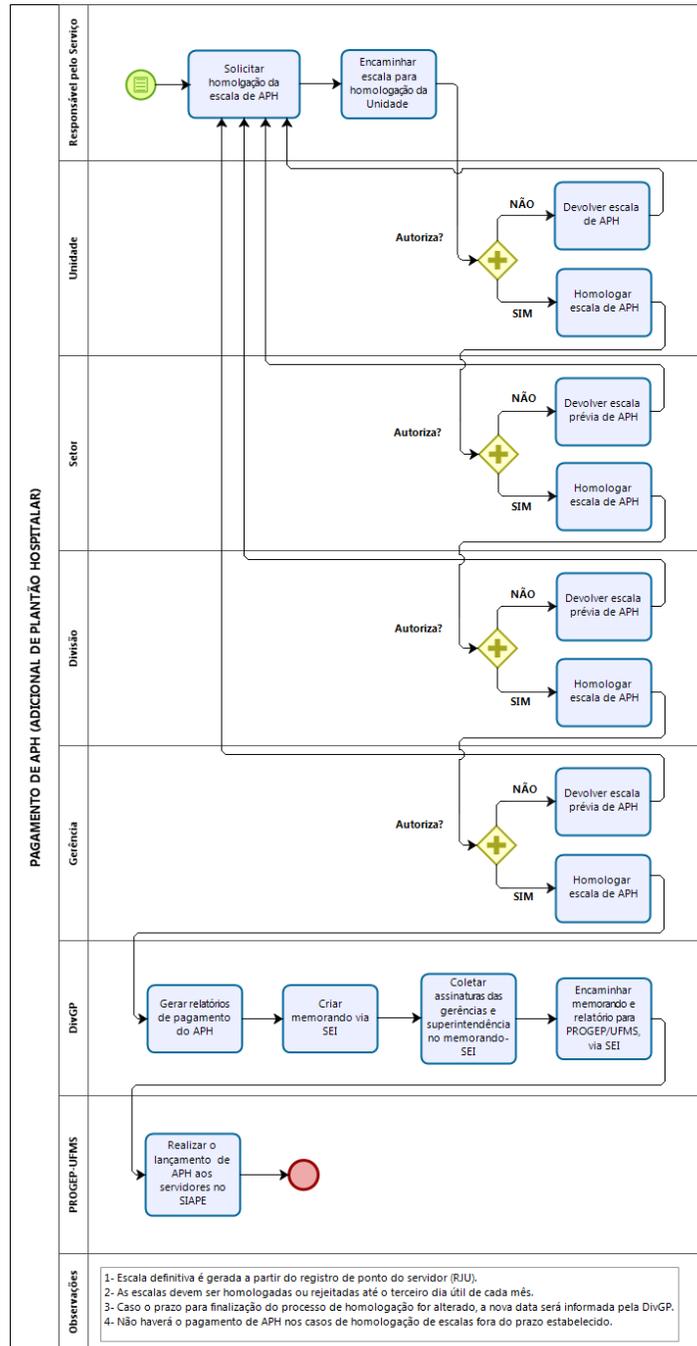
1 CRIAÇÃO DE ESCALA PRÉVIA DE APH - SISPE



1 CORREÇÃO DE PONTO - RJU



1 PAGAMENTO DE APH



REPUBLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 33, DE 22 DE AGOSTO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 21 de agosto de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – Controle de Frequência Empregado Público - CLT, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLAUDIO CESAR DA SILVA

POP – CONTROLE DE FREQUÊNCIA EMPREGADO PÚBLICO - CLT

Procedimento Operacional Padrão

POP/DivGP-HUMAP-UFMS/002/2018

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

EMPREGADO PÚBLICO (CLT)

Versão 1.0

SUMÁRIO

OBJETIVO	3
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA.....	3
APLICAÇÃO	3
GLOSSÁRIO.....	3
OBRIGAÇÕES.....	4
ETAPAS DO CONTROLE	4
CONSIDERAÇÕES FINAIS	7
FLUXOGRAMA.....	8

OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem realizados pelos empregados públicos e gestores no tocante ao controle de frequência dos colaboradores celetistas do HUMAP-UFMS.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Acordo Coletivo de Trabalho – 2018/2019;

Decreto Lei nº 5.452/1943 – Consolidação das Leis Trabalhistas/CLT;

Norma Operacional DGP nº 05/2016 e nº 10/2016;

Regulamento de Pessoal da Ebserh.

APLICAÇÃO

HUMAP-UFMS, filial da Ebserh.

GLOSSÁRIO

HUMAP-UFMS: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul;

DivGP: Divisão de Gestão de Pessoas;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

Ebserh: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

SIGP: Sistema Integrado de Gestão de Pessoas;

Empregado Público: aquele aprovado em concurso público e contratado pela Ebserh, mediante contrato de trabalho regido pela CLT;

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas;

REP: Registo Eletrônico de Ponto.

I. DAS OBRIGAÇÕES

1. **Chefia Imediata:** Supervisionar o cumprimento da frequência de seus empregados públicos subordinados e comunicar a ocorrência de faltas para a DivGP;
2. **Empregado Público:** Cumprir o regime de trabalho que lhe for determinado e comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
3. **Saúde Ocupacional:** Receber as licenças para tratamento da saúde dos empregados públicos e providenciar o lançamento no SIGP;
4. **Serviço de Documentação e Registro:** Receber os comprovantes de ausência justificada assegurados por lei ou autorizados pela empresa e providenciar o lançamento no SIGP;
5. **Serviço de Pagamento de Pessoal:** Fiscalizar e arquivar, mensalmente, as folhas de frequência dos empregados públicos dom HUMAP-UFMS.

II. DAS ETAPAS DO CONTROLE

6. O registro de frequência se dará por meio dos REP's em cumprimento à Portaria nº 1.510, de 21 de agosto de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada do DOU de 25 de agosto de 2009.
7. O empregado público deverá registrar no REP todas as entradas e saídas do trabalho, ressalvadas as previstas no ACT 2018/2019.
8. É dever do colaborador, comunicar o chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao trabalho.

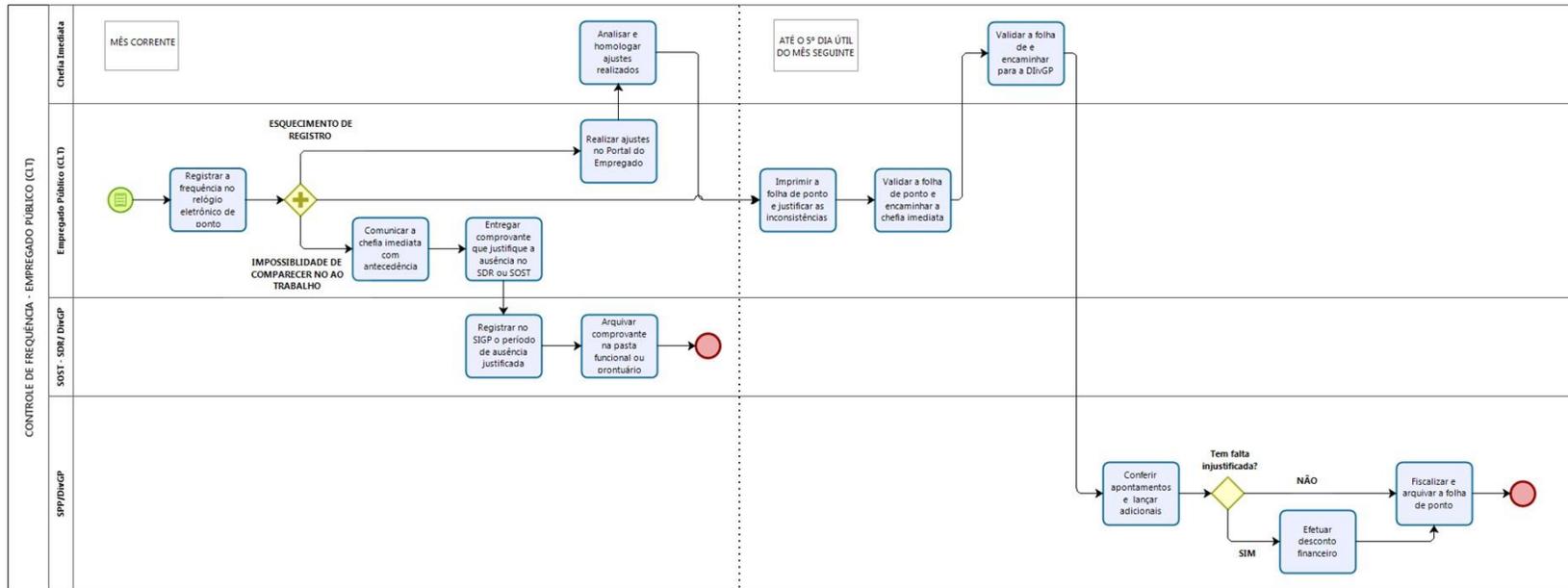
9. As ausências justificadas estão previstas nos artigos 35 e 36 do Regulamento de Pessoal da Ebserh.
10. Em relação as ausências por motivo de licença para tratamento da própria saúde, o atestado médico deverá ser entregue na Saúde Ocupacional, no prazo de 72 horas, a contar da data da emissão do documento. Para os demais afastamentos o comprovante que justifique a ausência deverá ser entregue na DivGP no primeiro dia ao retorno do trabalho.
11. Todas as ausências justificadas devem ser cadastradas no SIGP pelos serviços ligados a DivGP e os documentos arquivados na pasta funcional ou prontuário médico da Saúde Ocupacional.
12. A folha de ponto poderá ser consultada a qualquer tempo pelo colaborador e pela chefia imediata por meio do acesso ao Portal do empregado.
13. O empregado deverá realizar os ajustes necessários acerca da inclusão e exclusão de registro no Portal. A cada ajuste será encaminhado um e-mail para o chefe imediato analisar e proceder a homologação ou não.
14. Ao término do mês, o empregado deverá realizar:
 - a) a impressão da folha de ponto;
 - b) a conferência dos registros;
 - c) justificar as inconsistências existentes;
 - d) assina-lá e encaminhar para validação do chefe imediato.
15. A validação da folha de ponto deve ser realizada pelo chefe imediato com a respectiva assinatura e carimbo. Na ocorrência de falta, o chefe imediato deverá informar no rodapé da folha de ponto a quantidade de dias ou horas de falta, identificando-as.
16. As folhas de ponto devidamente assinadas e validadas deverão ser encaminhadas para a DivGP até o 5º dia útil do mês subsequente do cumprimento da frequência.

17. Excepcionalmente a DivGP poderá antecipar o prazo de entrega das folhas de ponto, o qual será informado por correio eletrônico aos empregados e chefes até o último dia do mês anterior ao da entrega.
18. O chefe deverá validar e encaminhar a folha de ponto de seu subordinado que estiver afastado o mês integral das atividades funcionais.
19. Caso o empregado público estiver afastado ou de férias no período de entrega da folha de ponto deverá realizar no primeiro dia de efetivo exercício.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

20. O excesso de inclusão de registro de ponto eletrônico será apurado pela DivGP.
21. O Portal do empregado é acessado pelo seguinte endereço eletrônico:
<https://sigp.ebserh.gov.br/csp/ebserh/portal/index.csp> .
22. Os empregados e chefes estarão sujeitos à aplicação da Norma Disciplinar da Ebserh caso não cumpram as determinações deste POP.

1 CONTROLE DE FREQUÊNCIA - EMPREGADO PÚBLICO (CLT)



RESOLUÇÃO Nº 35, DE 30 DE AGOSTO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme Reunião Extraordinária do Colegiado Executivo realizada no dia 29 de agosto de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Plano de Segurança do Paciente, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN
HUMAP / UFMS**

**PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO
HUMAP**

**CAMPO GRANDE
2018**

Elaboração:
Núcleo de Segurança do Paciente – HUMAP/UFMS

Angelita Fernandes Druzian
Flávia Rosana Rodrigues Siqueira
Graciane Setubal da Cunha
Leilane Souza Prado Tair
Patrícia Trindade Benites
Rosângela da Silva Campos
Rosana de Melo Souza Marçola

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HUMAP

APROVAÇÃO

Dr^a Andrea de Siqueira Campos Lindenberg
Gerente de Atenção à Saúde / HUMAP / UFMS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
VIGIHOSP	Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivo geral	6
2.2	Objetivos específicos	6
3	DESCRIÇÃO DO PROCESSO	7
4	TERMOS E DEFINIÇÕES	8
5	VALIDADE	10
6	CRONOGRAMA DE AÇÕES PERTINENTES AO NSP	11
	REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

A **Portaria Ministerial 529/2013** institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela **RDC 36/2013**, a qual institui as **Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intrahospitalares com foco na segurança do paciente

O **Plano de Segurança do Paciente (PSP)** constitui-se em “*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 mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde*”¹

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) do HUMAP foi descrito com ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes e aos profissionais da instituição através do gerenciamento de riscos, e através da elaboração e apoio à implementação de protocolos, especialmente quanto às 6 metas internacionais que também são foco do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A fim de atender as premissas da gestão de risco, que é a aplicação sistêmica e contínua de identificação, avaliação e controle de riscos, será utilizado o Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos (VIGIHOSP). Este software foi desenvolvido para informatizar o acompanhamento de notificações de incidentes nos hospitais, queixas técnicas, doenças e agravos em saúde, visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

¹ RDC 36 de 25 de julho de 2013, art 3º.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Regulamentar as ações de segurança do paciente do HUMAP.

2.2. Objetivos específicos

- a) Reconhecer e mapear os riscos institucionais relacionados aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado; por meio da gestão do sistema VIGIHOSP;
- b) Organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes ao processo de cuidado;
- c) Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos;
- d) Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH;
- e) Realizar o monitoramento da adesão aos protocolos de segurança do paciente implantados e os indicadores de segurança do paciente;
- f) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente, nas ações de educação admissionais e permanente realizadas com os profissionais e usuários do hospital.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O Núcleo de Segurança do Paciente do HUMAP adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas **Portarias 1377/2013 e 2095/2013**, pontuado a seguir:

1. *Identificar os pacientes corretamente;*
2. *Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;*
3. *Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;*
4. *Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;*
5. *Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;*
6. *Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.*

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- *Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;*
- *Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;*
- *Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;*
- *Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.*
- *Promoção do ambiente seguro.*

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve: (1) mapeamento e identificação, (2) notificação e avaliação, (3) ações para controle e (4) comunicação dos riscos no serviço de saúde. Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção do HUMAP.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

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.

Cultura de 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.

Farmacovigilância: é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.

Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Hemovigilância: é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

4.1 Lista dos “Never events” notificáveis à Vigilância Sanitária:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
- Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
- Realização de cirurgia errada em um paciente
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível
- Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
- Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado
- Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Úlcera por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
- Úlcera por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

Observação: As definições e conceitos utilizados neste documento foram transcritos a partir de documentos de referência nacionalmente instituídos, como os manuais da série “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde” instituídos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e legislações pertinentes.

5. VALIDADE

O Plano de Segurança do Paciente HUMAP é válido por um período de **1 ano**, contando a partir da data de aprovação nas instâncias superiores da instituição.

6. CRONOGRAMA DE AÇÕES PERTINENTES AO NSP

		Plano de Segurança do Paciente HUMAP / 2018				
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO	
I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;	Prevenir incidentes	Investigar os incidentes em saúde ocorridos no HUMAP	Investigar 75% dos incidentes do VIGHOSP			
		Elaborar e implantar o Protocolo de Gerenciamento de Riscos	Esboçar Protocolo no segundo semestre de 2018			
		Notificar os eventos adversos no NOTIVISA	Notificar 100% dos incidentes com dano, obitos e never events			
		Estabelecer os indicadores de qualidade do Gerenciamento de Riscos em Saúde do HUMAP	Indicadores estabelecidos e divulgados para equipe de GR e NSP no segundo semestre de 2018			
		Monitorar os indicadores relacionados aos incidentes	Monitorar 70% mensalmente após implantação do Protocolo de Gerenciamento de riscos			
		Divulgar os resultados obtidos da vigilância e monitoramento da análise dos incidentes e eventos adversos	Divulgar mensalmente às gerencias e chefias relatório dos resultados			
		Desenvolver ações de educação permanente	Realizar uma atividade de educação permanente a cada dois meses.			
		Mapear os Riscos em saúde de cada unidade	Mapear o risco das unidades PAM e Maternidade			
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO	
IV - Implantação do protocolo de Identificação do Paciente	Garantir que todos os pacientes da Instituição sejam identificados de maneira correta a fim de minimizar o risco de incidentes	Monitorar Indicador do protocolo de identificação de pacientes	Aumentar em 10% adesão ao protocolo de Identificação (85% dos pacientes internados)			
		Aprimorar o Protocolo Institucional	Finalizar e publicar até dezembro de 2018.			
		Desenvolver ações de educação permanente	Realizar no mínimo uma atividade de educação permanente a cada dois meses.			
			Aumentar em 10% adesão ao protocolo de Identificação (85% dos pacientes internados)			
		Divulgar às lideranças os resultados do monitoramento da adesão ao protocolo de identificação	Divulgar mensalmente			
		Padronizar rotina e fluxo de Identificação de Pacientes a nível ambulatorial (Geral, Pediatria e DIP), setor de imagem, unidade renal, pulsoterapia, laboratório e Hospital Dia	Primeiro semestre de 2019			
		Estabelecer padronização para identificação beira leito nas unidades pediátricas	Até Dezembro de 2018.			
		Monitorar as notificações sobre eventos adversos relacionados à Identificação do Paciente através do VIGHOSP	Monitorar 100% das notificações			
		Estabelecer padronização para identificação beira leito Unidade de Maternidade e Pré-Parto	Até Dezembro de 2018.			

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
V- Implantação do Protocolo de Higienização ds mãos	Promover a higiene das mãos entre os profissionais do HUMAP, visando prevenir e controlar as infecções relacionadas a assistência (IRAS), com foco na segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos os envolvidos no cuidado ao paciente.	Desenvolver ações de educação permanente	Realizar uma ação a cada semestre		
		Monitorar as práticas de higiene das mãos.	Realizar auditorias de 400 práticas mensalmente		
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
VI- Implantação do Protocolo de segurança cirúrgica;	Garantir segurança cirurgica nos procedimentos realizados no HUMAP	Aprimorar o Check List de cirurgia segura.	Aplicar o Check List de verificação Cirurgica em 80% dos procedimentos realizados		
		Aprimorar Protocolo de Cirurgia Segura.	Finalizar e publicar até dezembro de 2018.		
			Diminuir em 10% as taxas de infecções de cirurgias limpas (em relação a 2017)		
		Realizar educação permanente em ações de segurança cirurgica do paciente	Capacitar 80 % dos colaboradores da unidade de Cirurgia/RPA/CME		
		Implantar time out.	Implantar time out em todas as salas cirúrgicas do do CC até primeiro semestre de 2019.		
		Realizar levantamento dos indicadores de antibioticoprofilaxia cirúrgica	Obter dados de 100% dos procedimentos cirúrgicos eletivos realizados.		
		Auditar o protocolo de antibioticoprofilaxia	Avaliar a conformidade de 80 % dos dados obtidos com o protocolo institucional		
		Monitorar os indicadores de antibioticoprofilaxia	Acompanhar 100% dos dados disponibilizados		
		Elaborar e implantar protocolo de prevenção de Tromboembolismo Venoso (TEV)	Finalizar e publicar até dezembro de 2018.		
		Aplicar auditoria ao Protocolo de TEV	Avaliar a conformidade de 80 % dos dados obtidos com o protocolo institucional		
		Monitorar os indicadores do Protocolo de TEV	Acompanhar 100% dos dados disponibilizados		
Monitorar as notificações sobre eventos adversos relacionados à procedimentos cirúrgicos através do VIGIHOSP	Monitorar 100% das notificações				

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
VII - segurança na prescrição, dispensação, uso e administração de medicamentos;	Prevenir eventos relacionados à prescrição, dispensação e administração de medicamentos	1. Definir GT para Farmacovigilância.	Até Setembro de 2018		
		2. Elaborar o Protocolo institucional de Administração Segura de Medicamentos, por Linhas de cuidado	Dezembro de 2018		
		2.1. Validar Protocolo Institucional junto a Gerência (GAS).	Dezembro de 2018		
		4. Revisar Tabela de Reconciliação medicamentosa em Pediatria/Neonatologia.	Até novembro de 2018		
		4.1. Elaborar Tabela de Reconciliação medicamentosa para Idoso	Janeiro de 2019		
		3. Realizar treinamentos referente ao Protocolo Institucional de Administração Segura de Medicamentos, estabelecido pelo NSP/HUMAP (Equipe Multiprofissional).	Primeiro semestre de 2019		
		3.1. Realizar treinamentos referente ao Protocolo Institucional de Administração Segura de Medicamentos, estabelecido pelo NSP/HUMAP (Equipe Médica e Residentes).	Primeiro semestre de 2019		
		6. Diagnostico situacional relacionadas à etapas de prescrição, dipensação e administração segura de medicamentos	Outubro de 2018		
		Monitorar as notificações sobre eventos adversos relacionados à medicamentos através do VIGIHOSP	Monitorar 100% das notificações		
		7. Estabelecer os indicadores relacionados aos eventos adversos no uso de medicamentos	Segundo semestre de 2018		
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;	Promover a qualidade e segurança na hemoterapia	Elaborar e implantar protocolo de administração segura de hemoderivados e hemocomponentes	Finalizar e publicar até dezembro de 2018.		
		Realizar diagnóstico situacional utilizando o FMEA (Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos)	Instituir reuniões semanais para construção da ferramenta,		
		Instituir indicadores relacionados a hemovigilância.	Obter indicadores : - nº transfusões por ano; - nº transfusões mês; - nº reserva de bolsas/tipo de cirurgia; nº bolsas devolvidas; nº extraviadas; nº pedidos com informações incompletas; nº bolsas vencidas/total transfusões ano; nº bolsas vencidas/total transfusões mês; nº reações transfusionais/notificações/ano;		
		Realizar ações de educação permanente	Realizar uma intervenção inicial até final do segundo semestre 2018, e depois manter ações trimestrais.		
		Informar no NOTVISA incidentes relacionados à hemovigilância	100% dos eventos relacionados à hemoterapia notificados no NOTVISA		

ESTRÁTÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;	Promover práticas seguras no uso de equipamentos no HUMAP	Manutenção Preventiva do Parque de Equipamentos	95% até o final do semestre de 2018		
		Calibração dos Equipamentos eletrônicos	70% até o final do semestre de 2019		
ESTRÁTÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;	Controlar o uso de órtese e próteses nos pacientes submetidos a procedimentos no HUMAP	Realizar Vigilância epidemiológica das cirurgias limpas que envolvem inserção de próteses	Monitorar 100% das cirurgias limpas que envolvem inserção de próteses realizadas no HUMAP		
ESTRÁTÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XI - prevenção de quedas dos pacientes;	Prevenir a ocorrência de Quedas	Compor grupo de trabalho multiprofissional para desenvolver o protocolo	Outubro de 2018		
		Aprimorar e finalizar o Protocolo de Prevenção de Quedas	Dezembro de 2018		
		Instituir indicadores para prevenção de Quedas	Instituir efetivamente indicadores mensuráveis em todo HUMAP - Fevereiro 2019		
		Implantar o Protocolo de Prevenção de Quedas	Implantar o Protocolo no HUMAP- Janeiro 2019		
		Realizar treinamentos referente ao Protocolo de Prevenção de Quedas	Primeiro semestre de 2019		
		Desenvolver ações de Educação Permanente sobre prevenção de quedas	Realizar no mínimo uma atividade de educação permanente por mês, a partir da implantação do Protocolo		
		Desenvolver ações de Educação em Saúde sobre prevenção de quedas	Incluir na rotina da assistência ações educativas envolvendo pacientes e familiares.		
		Analisar os indicadores	Produzir relatório de indicadores mensalmente, a partir da implantação do protocolo		
		Implantar a Assistência ao paciente com Alto Risco de Queda com avaliação multidisciplinar (Fisioterapia e Atenção Farmacêutica)	Implementar em 70% dos pacientes com Alto risco de queda internados na Clínica Médica, a partir da implantação do Protocolo		
		Implementar a intervenção do Serviço Social e Psicologia aos pacientes desacompanhados ou com deficits neurológicos	Implementar em 70% dos pacientes internados na Clínica Médica, a partir da implantação do protocolo		

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XII - prevenção de lesões por pressão;	Prevenir a ocorrência LPP	Compor grupo de trabalho multiprofissional para desenvolver o protocolo	Novembro de 2018		
		Aprimorar e finalizar Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão institucional	Janeiro de 2019		
		Instituir indicadores para prevenção de lesão por pressão	Instituir efetivamente indicadores mensuráveis em todo HUMAP - Março 2019	Aplicar auditoria de checagem de barreiras e práticas de controle 1x por mês nas áreas	x% dos pacientes de alto risco com avaliação nutricional
		Implantar o Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	Implantar o Protocolo no HUMAP- Fevereiro 2019		
		Implementar a Assistência ao paciente com Risco de LPP com avaliação multidisciplinar (Fisioterapia e Nutrição)	Implementar em 70% dos pacientes com risco de LPP da UCO e Clínica Médica		
		Analisar os indicadores	Produzir relatório de indicadores mensalmente, a partir da implantação do protocolo		
		Realizar treinamentos referente ao Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	Realizar treinamentos para todas unidades de internação, a partir da implantação do protocolo		
		Desenvolver ações de Educação Permanente sobre prevenção de lesão por pressão	Realizar no mínimo uma atividade de educação permanente por mês, a partir da implantação do Protocolo		
		Desenvolver ações de educação em saúde	Incluir na rotina da assistência ações educativas envolvendo pacientes e familiares.		
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;	Prevenção de IRAS	Implantar ações de prevenção para flebitis	Traçar perfil da incidência de flebitis na instituição dos últimos 6 meses		
			Elaborar protocolo institucional até outubro 2018		
		Priorizar as investigações dos eventos adversos graves e óbitos	100% dos eventos adversos graves/óbitos /never events investigados		
		Realizar Plano de Controle de Infecção Hospitalar do HUMAP 2018	Realizar no primeiro trimestre de 2018		

ESTRÁTÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;	Prevenir eventos relacionados à terapia nutricional	Estabelecer na Instituição Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);	Reeditar a EMTN no segundo semestre de 2018.		
		Implantar Protocolos de indicação e utilização de dietas enterais	Implantar em setembro de 2018		
		Elaborar Protocolos de indicação e utilização de dietas parenterais;	Primeiro semestre de 2019		
		Validar Protocolos de indicação e utilização de dietas enterais e parenterais junto à GAS	Realizar publicação no BS da instituição até outubro de 2018		
		Elaborar protocolo de entrega de dietas enterais	Novembro de 2018		
		Estabelecer Indicadores a serem monitorados	Sitematizar e e divulgar os indicadores monitorados		
		Monitorar incidentes relacionados a Terapia nutricional	80% das notificações averiguadas com classificação do tipo de incidente no segundo semestre de 2018		
ESTRÁTÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;	Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência	Implantar a ferramenta SBAR	Implantar (100% das passagens de plantão) no CTI Adulto		
		Implantar Check List de Transporte intra e interhospitalar do paciente crítico	Implantar (100% para transferência de cuidados intra e inter hospitalar) no CTI Adulto		

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.	Garantir a adequada informação do paciente do serviço de saúde sobre as normas e rotinas institucionais, riscos e procedimentos	Elaborar cartilha de informações a pacientes familiares e acompanhantes	Segundo semestre 2018		
ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	META (P)	REVISÕES	NOVA AÇÃO
XVII - promoção do ambiente seguro	Assegurar a qualidade no serviços prestados aos pacientes	Estimular hábitos de boas práticas no cuidado ao paciente	50% das unidades com metas no "Crescer com Competência" ligadas com metas de segurança do paciente, primeiro semestre 2019		
		Revisar o Regimento Interno e Composição do Núcleo de Segurança do Paciente	Revisão até Novembro de 2018.		
		Criar canal de comunicação	ambiente virtual criado no primeiro semestre de 2018		
		Verificar os protocolos de segurança do paciente publicados pelo Ministério da Saúde avaliando se os POPS institucionais estão em consonância	Primeiro semestre de 2019		
		Avaliar a cada dois anos a Cultura de Segurança do HUMAP por meio de questionário	Questionário aplicado no primeiro trimestre de 2019		
		Programar ações sobre Ferramentas da Qualidade com a Unidade de Gestão de Pessoas	Organização de 01 curso em Ferramentas de Gestão da Qualidade disponibilizado para colaboradores internos do HUMAP, primeiro semestre 2019		
		Monitorar os indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente	Elaborar boletim informativo mensalmente		

REFERÊNCIAS

COUTO RC; PEDROSA T. M.G; NOGUEIRA J. M. Infecção Hospitalar: e outras Complicações Não-infecciosas da Doença. MEDSI, 3ª Ed. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEERH. Hospitais Universitários Federais. Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas Filiais EBSEERH. Diretriz SQH/CGQH/DAS, 1ª Ed. Brasília, março, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança de Saúde- Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde- Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada 36/2013. Brasília, julho, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada 53/2013. Brasília, novembro, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Consulta Pública 09/2013. Brasília, abril, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Instrução Normativa 04/2010. Brasília, fevereiro, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada 07/2010. Brasília, fevereiro, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada 63/2011. Brasília, novembro, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada 529/2013. Brasília, abril, 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, ONA: Manual Brasileiro de Acreditação. Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília, 2014.

PROQUALIS. Relatório de evidências/Avaliação de tecnologia Número 211. Tornando o Cuidado de Saúde Mais Seguro II: Uma Análise Crítica Atualizada das Evidências Sobre Práticas de Segurança do Paciente.

RESOLUÇÃO Nº 36, DE 30 DE AGOSTO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme Reunião Extraordinária do Colegiado Executivo realizada no dia 29 de agosto de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Projeto de Pesquisa de Clima Organizacional, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PROJETO DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

**PROJETO BÁSICO
PROJETO PARA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL NO HUMAP-
UFMS**

1 – JUSTIFICATIVA

Hoje em dia, para mobilizar e aproveitar plenamente as pessoas em suas atividades, as empresas estão mudando os seus conceitos e alterando as práticas gerenciais. (CHIAVENATO, 2004).

Organizações eficazes dependem do alcance dos objetivos, da manutenção do sistema interno (pessoas e recursos não-humanos) e da adaptação ao ambiente externo. (CHIAVENATO, 2004).

Pessoas são fundamentais no processo de agregação de valores intangíveis, que beneficia as empresas no destaque competitivo entre talentos nos mercados de recursos humanos. Um dos grandes desafios as empresas da atualidade é a manutenção de um ambiente potencializador do ativo humano. (FIGUEIREDO, 1999 apud BEDANI, 2006).

Assim, avaliar a organização sem considerar a importância da integração entre estas partes fundamentais (as pessoas) é desconsiderar o fator mais relevante aos resultados estratégicos de uma organização.

Para Luz (2006), com a pesquisa de clima organizacional é possível verificar o estado de espírito ou ânimo destas pessoas em um determinado período, e suas principais contribuições são:

Buscar o alinhamento da cultura organizacional com as ações efetivas da empresa: a influência de comportamento das pessoas não é fruto apenas de memorandos e comunicados internos, mas consiste em uma cultura organizacional (que será discutida mais a frente), e esta deve estar na direção dos objetivos maiores da organização, sendo a pesquisa peça chave na identificação das mudanças culturais mais emergenciais.

Promover o crescimento e desenvolvimento profissional dos colaboradores: além de se preocupar com os resultados da organização, esta deve se preocupar também com os resultados individuais. A ferramenta de pesquisa de clima organizacional permite a identificação dos critérios e atributos que são valorizados pelas pessoas que pertencem ao quadro de funcionários.

Integrar os processos e as áreas funcionais: além do crescimento individual, há o crescimento do coletivo, não só dentro de uma equipe ou grupo, mas também através do organograma da organização, cruzando áreas funcionais e atividades divergentes, como as de finanças, marketing, recursos humanos ou as relativas ao processo produtivo.

Otimizar a comunicação: conhecendo as particularidades dos indivíduos e grupos, a organização pode elaborar um plano de comunicação mais aberto, que permita uma maior troca de informações entre as pessoas das diferentes unidades organizacionais, sem os ruídos da comunicação, que muitas vezes impedem o bom andamento das atividades.

Identificar as necessidades de treinamento, desenvolvimento de pessoal/gerencial e educação empresarial: identificar as deficiências dos funcionários não tem como objetivo a fiscalização ou punição dos funcionários, mas sim a identificação das necessidades de melhoria e evolução, que podem ser transformadas em treinamentos, que busquem capacitar as pessoas para seus respectivos cargos.

Difundir o conceito de cliente interno e externo: a preocupação com os clientes externos é notória desde o início da administração moderna, mas a corrente atual de gestão de pessoas defende a importância do foco no cliente interno, exatamente por ser este o responsável pelos resultados da organização, seja no processo de gerenciamento de outras pessoas, no contato com os clientes ou mesmo no desenvolvimento das estratégias, a aplicação de uma ferramenta como a pesquisa de clima organizacional demonstra para o funcionário a importância que a empresa dá para suas necessidades.

Otimizar as ações gerenciais: a pesquisa de clima serve, mais do que nas funções acima, como uma ferramenta para ajudar a priorizar, a partir de um ranking de necessidades, quais devem ser as primeiras ações do setor de recursos humanos, na hora de desenvolver suas atividades, já que a partir das informações obtidas na pesquisa é que pode-se buscar resultados efetivos.

Organizar e flexibilizar as atividades da organização: por último, se realizada com uma frequência pré-estabelecida, o acompanhamento dos resultados da pesquisa, e evolução individual de cada índice, e também a variação geral dos resultados é uma excelente ferramenta para acompanhar os resultados, e permitir que a organização tome as medidas necessárias, de acordo com que as mudanças (inclusive as externas à organização) causam impacto direto de gestão.

A pesquisa de clima organizacional torna-se, então, indispensável como processo para avaliação da satisfação e bem estar dos funcionários quando a empresa tem por objetivo conquistar o prêmio nacional de qualidade total no gerenciamento da empresa, de seus produtos e serviços. Um dos critérios de avaliação para a certificação da empresa é satisfação e motivação dos colaboradores da empresa. (LUZ, 2007, p.1).

2 – OBJETIVO GERAL

Investigar como está a satisfação dos colaboradores do HUMAP-UFMS através de pesquisa de clima organizacional, realizada em do formulário criado no google forms, onde gerará uma análise para a Governança otimizar as ações gerencias e priorizar quais ações devem ser desenvolvidas e quais não serão desenvolvidas.

4 – METODOLOGIA

Será aplicado formulário eletrônico via e-mail google forms, onde os colaboradores responderam à pesquisa sem serem identificados. A participação das chefias de unidades é fundamental na sensibilização ao preenchimento das mesmas, mesmo não sendo obrigatória é necessária a participação.

Link para acessar a pesquisa: <https://goo.gl/forms/3OuuveMIcomh0Gqm2>

5 – LOCAL E INFRA-ESTRUTURA DE REALIZAÇÃO

Ambiente virtual.

6 – PERÍODO DE REALIZAÇÃO E MODELO DE PESQUISA

Previsto para setembro 2018.

I. 8 – RECURSOS INSTRUCIONAIS

Computadores e ambiente de acesso à internet.

9 – RESPONSABILIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

A responsabilidade técnica e operacional está com a Divisão de Gestão de Pessoal, na pessoa de Glaucia Mello Sanches – Psicóloga Organizacional.

10 – RELATORIO FINAL

A última etapa prevê a emissão de relatório com o resultado da pesquisa, bem como gráficos e as sugestões citadas na pesquisa.

11 - CONCLUSÕES

A realização da pesquisa de clima organizacional irá levantar muitas expectativas dos colaboradores em relação a satisfação com o ambiente de trabalho, mesmo sabendo que as organizações, ao que se pedi aos profissionais é que sejam capazes de desenvolver um vasto leque de atividades que vão desde o planejamento, a coordenação e colaboração, passando pela capacidade de decidir em sistemas complexos e mutáveis. Requer dessas mesmo profissionais capacidades de resolver novos problemas, a versatilidade para lidar com a mudança, quer na atividade desempenhar, quer na organização do trabalho. Neste contexto o objetivo da pesquisa é fornecer subsídios para o estudo da cultura organizacional e a satisfação dos colaboradores. Deixando a gestão informada de quais ações para melhorar o clima organizacional será passível de realizar.

12- CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Meses Atividades	Agosto/2018	Setembro/2018	Outubro/2018	1ª quinzena de Novembro	2ª quinzena de Novembro
Confecção da pesquisa					
Realização da pesquisa					

Análise e tabulação dos dados					
Entrega do relatório final					

13 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEDANI, M. **Clima Organizacional: investigação e diagnóstico: estudo de caso em agência de viagem e turismo Psicologia para América Latina**, n.7, p.0 – 0, 2006 ISSN 1870-35X. Disponível em <http://www.psicolatina.org/Siete/clima.html> Acesso em: 9/08/2018

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004

FIGUEIREDO, José. C. (1999). **O Ativo Humano na Era da Globalização**. São Paulo: Negócio Editora.

LUZ, RICARDO. **Gestão do Clima Organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.350 p. M AR RAS , JEAN PIERR E. Administração de Recursos Humanos.1 4 . e d . S ã o Paulo. Saraiva, 2011.

LUZ, Ricardo. **Gestão do Clima Organizacional**. 3 ed. Rio de janeiro: Qualitymark, 2007.

14 – ENCAMINHAMENTOS

Campo Grande, 24/08/2018

Glaucia Mello Sanches
Psicóloga Organizacional
Técnico responsável

Paulo Cesar de Lorenzo
Presidente da Comissão de Humanização

Danielle Bertolino Macedo de Verão
Chefe da DivGP

De acordo. Encaminho ao Gerente Administrativo para análise e providências cabíveis.

De acordo.

Dario Cesar Brum Arguello
Gerente de Administrativo

RESOLUÇÃO Nº 37, DE 30 DE AGOSTO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme Reunião Extraordinária do Colegiado Executivo realizada no dia 29 de agosto de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o projeto de pesquisa abaixo relacionado:

1. Protocolo GEP 055/2018

Título do Projeto: Dolutegravir e desfechos de gestação entre mulheres que receberam antirretrovirais no Brasil: um estudo Nacional.

Pesquisadores: Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas

Aneth Silva Benites Lino

Thiago Theodoro Martins Prata

Orientador: Beatriz Grinstejn

Período: 09/2018 a 09/2020

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIAS DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

PORTARIA-SEI Nº 01, DE 31 DE AGOSTO DE 2018

A Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1º da Portaria nº 01/2014, do Superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, datado de 05 de maio publicado no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de maio de 2014;

RESOLVE:

Art. 1º Designar Denys Luiz Rodrigues Santos, matrícula SIAPE nº 2249728, substituto do cargo de Chefe da Unidade de Pagamento da Despesa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Art. 2º Tornar sem efeito a Portaria nº 39 de 29 de junho de 2018, publicada no boletim de serviço nº 194 de 06 de julho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Danielle Bertolino de Macedo Verão
Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas
HUMAP-UFMS